



Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Studiów Edukacyjnych
Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii

Ewelina Flatow

Zdrowie seksualne w postawach i zachowaniach studentów.

Studium porównawcze na przykładzie Polski i Francji.

**Praca doktorska napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Marioli Chomczyńskiej-Rubachy**

Poznań 2011

Niniejsza dysertacja powstała dzięki wsparciu i życzliwości wielu osób. Przed wszystkim składam serdeczne podziękowania dla promotorki pracy Pani prof. dr hab. Marioli Chomczyńskiej-Rubachy za życzliwość, inspiracje naukowe, wsparcie merytoryczne oraz poświęcony czas. Dziękuję również Panu prof. zw dr hab. Zbyszko Melosikowi, który jako Dziekan WSE UAM okazał mi wsparcie i cierpliwość umożliwiające napisanie niniejszej dysertacji. Wyrazy wdzięczności kieruję również do dr Katarzyny Waszyńskiej oraz dr Anny Gulczyńskiej, które udzieliły mi wielu wskazówek merytorycznych, a w chwilach zwątpienia motywowały do dalszej pracy.

Spis treści

Wprowadzenie w problematykę. Główne cele badawcze rozprawy.....	7
	12
Rozdział 1. Teoretyczne podstawy badań.....	
1.1. TEORETYCZNA PROBLEMATYKA ZDROWIA SEKSUALNEGO.....	12
1.1.1. Zdrowie seksualne w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia.....	14
1.1.2. Zdrowie seksualne charakteryzowane przez kryterium normy.....	20
1.1.3. Patologia seksualna.....	28
1.2. AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA W ŚWIETLE LITERATURY.....	54
1.2.1. Definicja i podział aktywności seksualnej.....	54
1.2.2. Aktywność seksualna w aspekcie rozwojowym.....	55
1.3. POJĘCIE POSTAWA W LITERATURZE.....	87
1.3.1. Definicja i wymiary postawy.....	87
1.3.2. Komponenty postawy.....	95
1.3.3. Uwarunkowania i modyfikacja postawy.....	99
	111
Rozdział 2. Młodzież studiująca w Polsce i we Francji.....	
2.1. DOJRZAŁOŚĆ BIOLOGICZNA, SEKSUALNA, PSYCHICZNA I SPOŁECZNA.....	111
2.2. CHARAKTERYSTYKA OKRESU ADOLESCENCJI I WCZESNEJ DOROSŁOŚCI W ŚWIETLE WYBRANYCH KONCEPCJI PSYCHOLOGICZNYCH.....	124
2.2.1. Późna adolescencja i wczesna dorosłość w ujęciu Eriksona.....	125

2.2.2. Wczesna dorosłość w ujęciu Levinsona.....	129
2.2.3. Wczesna dorosłość w ujęciu Havighursta.....	133
2.3.CHARAKTERYSTYKA OKRESU ADOLESCENCJI I WCZESNEJ DOROSŁOŚCI W UJĘCIU SOCJOLOGICZNYM..	136
2.4.CHARAKTERYSTYKA MŁODZIEŻY STUDIUJĄCEJ W POLSCE I WE FRANCJI.....	142
	151
Rozdział 3. Metodologiczne podstawy badań własnych.....	
3.1. CELE I PROBLEMY BADAŃ WŁASNYCH.....	151
3.2. ZMIENNE I ICH KATEGORIE, DEFINICJE I WSKAŹNIKI....	152
3.3. OPIS METOD, TECHNIK I NARZĘDZI BADAWCZYCH.....	166
3.4. PROCEDURA BADAŃ I DOBÓR OSÓB DO BADAŃ.....	169
	170
Rozdział 4. Wyniki i wnioski z badań własnych.....	
4.1. CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH.....	172
4.2. AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA STUDENTÓW W POLSCE I WE FRANCJI.....	183
4.2.1. Satysfakcja z aktywności seksualnej.....	183
4.2.2. Ryzyko aktywności seksualnej.....	187
4.2.3. Wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem.....	200
4.3. POSTAWY STUDENTÓW W POLSCE I WE FRANCJI WOBEC ZDROWIA SEKSULANEGO.....	203
4.3.1. Komponent poznawczy postaw studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego.....	207
4.3.2. Komponent emocjonalny postaw studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego.....	226
4.3.3. Komponent behawioralny postaw studentów w Polsce	

i we Francji wobec zdrowia seksualnego.....	230
4.4. POSTAWY WOBEC ZDROWIA SEKSUALNEGO A AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA STUDENTÓW W POLSCE I WE FRANCJI.....	233
4.4.1. Postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego a satysfakcja z aktywności seksualnej.	233
4.4.2. Postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego a ryzyko aktywności seksualnej.....	237
4.4.3. Postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego a wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem.....	247
4.5. PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.....	250
ZAKOŃCZENIE.....	273
BIBLIOGRAFIA	276
ANEKS.....	306
Narzędzie badawcze.....	306
Spis tabel.....	330
Spis wykresów.....	333
Spis schematów.....	334

Wprowadzenie w problematykę. Główne cele badawcze rozprawy.

Dzisiejszy świat charakteryzują dynamiczne przemiany dokonujące się w ramach aksjologicznych, społeczno-kulturowych, gospodarczo-politycznych i edukacyjnych podstaw ludzkiej aktywności. Przemiany te ze szczególną siłą ujawniają się w obszarze związanym z seksualnością. Gwałtowny rozkwit seksuologii nasilony w drugiej połowie XX wieku oraz rewolucja seksualna były motorem przemian skutkujących zwiększeniem wiedzy o seksualności. Stanowiły również bazę dla pojawienia się i stopniowej ewolucji nowych pojęć porządkujących ten obszar ludzkiej egzystencji. Wówczas, oprócz wielu ujęć normy w seksuologii, wykrystalizowało się i ukonstytuowało pojęcie zdrowia seksualnego (ang. *sexual health*, fr. *santé sexuelle*). Kryteria zdrowia seksualnego proponowane przez WHO zostały oparte na definicji ogłoszonej przez Międzynarodową Konferencję ONZ na rzecz Ludności i Rozwoju (Kair, 1994, par.7, 36). Zgodnie z jej literą zdrowie seksualne jest częścią zdrowia reprodukcyjnego i polega na prawidłowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej, wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością (Rzepka, 2007, s.5). W rozumieniu WHO zdrowie seksualne stanowi integrację biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów seksualności ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości (WHO, 2001, s. 17). Oprócz aspektu biologicznego i psychologiczno-relacyjnego kryteria zdrowia seksualnego zostały rozbudowane o aspekt prawny. W 1974 roku na bazie oświadczenia WHO zdrowie seksualne zostało uznane za podstawowe prawo człowieka (Lew-Starowicz, 2007). W 2002 roku Światowe Towarzystwo Seksuologiczne opracowało Deklarację Praw Seksualnych. Wiązało się to z wkroczeniem pojęcia zdrowie seksualne w obszar regulacji prawno-

obyczajowych. Zdrowie seksualne pojawiło się również w praktyce edukacyjnej stając się podstawą programów promocji zdrowia seksualnego. Edukacja ukierunkowana na promocję zdrowia seksualnego jest definiowana jako dziedzina pedagogiki, która ma na celu ukształtowanie w dzieciach, młodzieży oraz młodych dorosłych postaw wobec seksualności zgodnych z ideą promocji zdrowia (Zaitsev, 2006, s.75).

Podstawowe założenia niniejszej pracy koncentrują się wokół takich pojęć jak zdrowie seksualne, postawy wobec zdrowia seksualnego, aktywność seksualna. Przedmiotem pracy jest opisanie postaw studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego oraz opisanie podejmowanej przez nich aktywności seksualnej. Praca realizuje również cele diagnostyczne i wyjaśniające, dotyczące wybranych uwarunkowań aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji. Wyniki wielu opracowań wskazują, że zachowania seksualne są w dużej mierze zależne od postaw (Bohner, Wanke, 2004; DeHart, Birkimer, 1997; Crossy, Danner, 2008; Munoz-Silva i inni, 2007). Bazą teoretyczną są tu modele ukazujące korelację między postawą a zachowaniem, między innymi Teoria Uzasadnionego Działania oraz Teoria Planowanego Zachowania (Ajzen, Fishbein 1977). Uwzględnienie tych dwóch zmiennych wydaje się być szczególnie istotne dla praktyki edukacyjnej - tak zachowania, jak i postawy mogą być bowiem poddane modyfikacji w kierunku zgodnym z ideą zdrowia seksualnego.

Rozważania teoretyczne rozprawy mają na celu uwypuklenie pojęcia zdrowie seksualne, które powinno wyznaczać ramy optymalnego modelu działań edukacyjno-wychowawczych i profilaktycznych, a wciąż jest słabo reprezentowane zarówno w świadomości społecznej, jak i literaturze fachowej. Wieloaspektowa analiza literatury przedmiotu skłania do wysunięcia wniosku, że o ile postawy wobec edukacji

seksualnej, HIV/AIDS, a także aktywność seksualna są przedmiotem licznych opracowań, o tyle badania postaw wobec zdrowia seksualnego pojawiają się wzmiankowo (Biri i inni., 2007; Davis i inni, 2007; Izdebski, 2001, 2005, 2006; Lew-Starowicz, 2002; McKelvey, i inni, 1999; Ozan i inni, 2005; Wróblewska, 2001 2003, 2006). Najczęściej są to analizy odnoszące się do szeroko rozumianego zdrowia reprodukcyjnego. Dociekania w zakresie postaw są też zazwyczaj ograniczone do eksploracji poziomu wiedzy i jej źródeł, co uwypukla komponent poznawczy postawy, nie jest jednak zgodne ze strukturalną koncepcją przyjętą w niniejszej pracy. Wieloznaczność pojęć prezentowanych w badaniach polskich i zagranicznych, różnorodność stosowanej aparatury pojęciowej, z drugiej zaś strony niezwykła ranga i świeżość problematyki sprawiają, że podjęty temat wydaje się być istotny z punktu widzenia teorii pedagogicznej.

Dodatkowo, celem pracy jest także przeprowadzenie badań i opracowanie wyników, by mogły one stać się podstawą dalszych analiz teoretycznych i stanowić postulaty dla działań praktycznych w zakresie promocji zdrowia seksualnego. Projektując temat rozprawy zakładano zatem cele praktyczne, których realizację będzie musiała poprzedzać, z pewnością, dodatkowa praca koncepcyjna, a potem ewaluacyjna. Opis i wyjaśnienie uwarunkowań aktywności seksualnej studentów powinno zostać uznane za priorytet w projektowaniu rozwiązań edukacyjnych i szerszych – systemowych, ze względu na niepokojące dane w zakresie epidemiologii chorób i infekcji przenoszonych drogą płciową (STD/STI). Analizy krajowe i międzynarodowe wskazują na gwałtowny wzrost zakażeń wirusem HIV wśród aktywnych seksualnie adolescentów i młodych dorosłych, którzy obok osób uzależnionych i świadczących płatne usługi seksualne, traktowani są jako grupa ryzyka zakażeniem wirusem HIV. Według Raportu UNICEF

z 2005 roku, ilość osób żyjących z HIV/AIDS w grupie wiekowej między 15 a 24 rokiem życia, to 11,8 milionów w skali świata (Yoo, i inni, 2005). Szacuje się, że 25% wszystkich chorób przenoszonych drogą płciową dotyczy populacji adolescentów (Crosby, Danner, 2008; Izdebski, 2006; WHO, 2001; Zieliński, 2006), co po uwzględnieniu innych konsekwencji ryzykownej aktywności seksualnej powinno dać asumpt do podjęcia długofalowych, skrupulatnie zaplanowanych i profesjonalnie realizowanych działań profilaktycznych w tym zakresie.

Praca stanowi studium porównawcze w odniesieniu do studentów w Polsce i we Francji. Są to grupy ukształtowane pod wpływem odrębnych światów społeczno-kulturowych, historycznych, gospodarczych i edukacyjnych. Z drugiej strony, zestawienie tych krajów wydaje się być uzasadnione ze względu na coraz intensywniejsze przenikanie się świata polskich i francuskich studentów w „globalnej wiosce”, wzmocnione poprzez nowoczesne technologie informacyjne, programy wymiany studenckiej, proces integracji europejskiej, postępującą migrację zarobkową i swobodną turystykę. Podstawy do porównania tych dwóch populacji dała wieloaspektowa analiza literatury przedmiotu, która wskazuje na dyferencjację aktywności seksualnej, a także postaw i wartości deklarowanych przez studentów polskich i francuskich (Kozakiewicz, 1980; Benoit i inni., 2003; Lew-Starowicz, 1995; Szymańska, Woynarowska, Mazur, 2001; Wróblewska, 2001, 2007). Jak wynika z eksploracji badań porównawczych - populacja młodych Polaków charakteryzuje się stosunkowo niskimi wskaźnikami różnych form aktywności seksualnej. Tak jest w przypadku średniego wieku inicjacji (według Wróblewskiej 20,4 dla kobiet i 19,4 dla mężczyzn, według badań Izdebskiego 18,8 dla kobiet i 18,1 dla mężczyzn), który jest najniższy w Europie i porównywalny z danymi otrzymanymi w Japonii (Izdebski, 2006; Wróblewska, 2007). Na podstawie analiz

przycaczanych przez Bozona wskaźniki inicjacji dla grupy wiekowej 20-24 wynoszą w Polsce 19,6 dla kobiet i 19,7 dla mężczyzn, we Francji zaś odpowiednio 17,6 i 17,4 (Bozon, 2003). Oba kraje różnicują także wskaźniki w zakresie epidemiologii HIV/AIDS. Francja jest jednym z najbardziej dotkniętych epidemią HIV krajem europejskim. W 2006 roku wskaźnik nowych przypadków HIV na milion mieszkańców wyniósł we Francji 91,9 a w Polsce 19,5 (Nardone, 2007). Mimo niezaprzeczalnych różnic między Polską a Francją w zakresie epidemiologii HIV, w analizie tych danych należy uwzględnić wpływ polityki prewencyjnej. Jak podkreśla Nardone wskaźnik osób poddających się testowaniu w kierunku HIV (a ten jest we Francji jeden z najwyższych w Europie) ma znaczący wpływ na liczbę osób zdiagnozowanych pozytywnie (Nardone, 2007).

Przyjęta grupa badawcza ma znaczenie nie tylko ze względu na wskaźniki epidemiologiczne, ale również z uwagi na dane demograficzne. Prawie połowa światowej populacji ma aktualnie mniej niż 25 lat. W tym przedziale wiekowym studenci stanowią populację specyficzną, z uwagi na możliwości oddziaływania informacyjnego w środowisku społecznym. Grupa ta jest ciekawym obiektem badawczym także z uwagi na fakt, że w niedalekiej przyszłości wpływać będzie na funkcjonowanie kolejnych pokoleń. To właśnie adolescenti i młodzi dorośli (a zwłaszcza świadomi zagrożeń studenci) stanowią nadzieję na odwrócenie negatywnych trendów zachorowalności na choroby/infekcje przenoszone drogą płciową. Ocena przedsięwzięć ukierunkowanych na zmianę zachowań seksualnych młodych osób pokazuje, że są one skuteczne w obniżaniu wskaźników STD/STI (Bearinger, Sieving, Ferguson, Sharma, 2007; Grzelak, 2006). W programach profilaktycznych podkreśla się, że czynnikiem wpływającym na stan zdrowia seksualnego jest rzetelna, dostosowana

do poziomu odbiorcy wiedza o życiu seksualnym. Dostęp do informacji seksuologicznej jest zagwarantowany w Konwencji Praw Dziecka, a także w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (art.16,17,27). Podczas Światowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju w 1995 roku uznano, że cena jaką młodzi ludzie płacą za brak rzetelnej wiedzy w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego jest tak wysoka, iż rządy zostały zobowiązane do podjęcia intensywnych starań w kierunku poprawy tej sytuacji (Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, 1997).

Rozdział 1. Teoretyczne podstawy badań

1.1. TEORETYCZNA PROBLEMATYKA ZDROWIA SEKSUALNEGO

Zdrowie seksualne (ang. *sexual health*, fr. *santé sexuelle*) stanowiące kryterium oceny zachowań seksualnych, postrzegane jest różnorodnie w zależności od kultury, okresu historycznego oraz przyjętej przez badacza opcji światopoglądowej. Jak zauważa Melosik - historia zachodnich społeczeństw, to także historia wyznaczania granic dozwolonych form seksualności i seksu, definiowania tego, co jest <normalne> i <naturalne> (zgodne z aktualnie obowiązującymi przekonaniami w tej kwestii), a także wykluczania tych, którzy uznawani byli za dewiantów, bowiem ich poczucie płci bądź sposoby realizacji własnej seksualności wykraczały poza powszechnie akceptowane normy. Jednocześnie społecznie skonstruowanym (partykularnym) normom w zakresie seksualności i seksu zawsze nadawano status absolutny i uniwersalny, zapominając, iż jeszcze niedawno społeczne wzory w tej sferze były zupełnie inne (Melosik, 2010, s.176; por. Szumski, 2008).

Określanie kryteriów zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, definiowanie jego treści i zakresu nigdy nie odbywało się w próżni kulturowej. W kulturze Zachodu przez stulecia zdrowie seksualne utożsamiano ze sprawnością reprodukcyjną. Zgodnie z tym ujęciem zdrową seksualnie była osoba zdystansowana wobec seksualności, wolna od pożądliwości (szczególnie niezwiązanej z prokreacją), uprawiająca ascezę, panująca nad orgazmem (Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., 1999; Bajos, Bozon, 2008). Jak pisze Lew-Starowicz - pozaprokreacyjna aktywność seksualna przez wieki była traktowana nie tylko jako choroba, ale jako przestępstwo, np. stosunki analne i oralne miały tę samą rangę co zabójstwo, inne - poza klasyczną - pozycje współżycia były zakazane. (...) Od VIII wieku zdrowie seksualne zaczęto

utożsamiać z brakiem aktywności masturbacyjnej. W 1758 roku lekarz z Lozanny -Tissot twierdził, że mózg onanisty wysycha tak bardzo, że można go usłyszeć jak grzechocze w czaszce. (...) Ta antyseksualna koncepcja zdrowia jako patologię oceniała m.in. przeżywanie orgazmu przez kobietę, a homoseksualizm był traktowany jako zwyrodnienie centralnego układu nerwowego (Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., 1999, s. 339-340). Już św. Tomasz uczył, że wszelkie użycie narządów płciowych w celach innych, niż prokreacja jest lubieżne, grzeszne i sprzeczne z naturą. Homoseksualizm, masturbacja oraz inne drastycznie odbiegające od ówczesnej normy zachowania seksualne stanowiły grzech przeciwko naturze (łac. *peccata contra natura*) i były w różny sposób marginalizowane (Szawarski, 2003).

Taka wypaczona percepcja normy w zakresie zachowań seksualnych pojawia się w skrajnych wypadkach jeszcze we współczesności, choć generalnie rzecz ujmując od początku XX wieku mówi się o rewolucji w podejściu do zdrowia seksualnego. Opiera się ona na stwierdzeniu, że każdy ma prawo do swobodnych wyborów dotyczących swojego życia intymnego, o ile nie narusza to praw innych osób. Ewolucja w definiowaniu zdrowia seksualnego znalazła swój wyraz w koncepcjach normy seksuologicznej Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization - WHO), do której odwołano się w dalszej części pracy.

1.1.1. Zdrowie seksualne w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia

Oparta na definicji WHO współczesna koncepcja zdrowia, obejmującego aspekt fizyczny, psychiczny, społeczny, duchowy, seksualny i reprodukcyjny podkreśla, że jest ono wartością, która pozwala jednostce realizować swoje aspiracje oraz aktywnie zmieniać

środowisko (Kasperek-Golimowska, 2008; Kickbush, Nutbeam, 1998; Woynarowska, 2008). Zdrowie jest w tym rozumieniu środkiem do podnoszenia jakości życia i zasobem gwarantującym rozwój. Obowiązujący w promocji zdrowia paradygmat socjo-ekologiczny pojmuje zdrowie jako poddającą się zmianom zdolność człowieka do osiągania pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i do reagowania na wyzwania otoczenia. Model ten, uwzględniając skomplikowane powiązania między jednostką a szeroko rozumianym środowiskiem, za cel działań promocyjnych (edukacyjnych) uznaje zdolność do życia produktywnego, za co odpowiedzialność - poprzez styl życia - przejmuje jednostka. Integralną częścią zdrowia rozumianego w sposób holistyczny jest zdrowie seksualne, a zależności między nim a pozostałymi komponentami zdrowia są bardzo wyraźne i dwukierunkowe (Cornelson, 1998; Sadovsky, Nusbaum, 2006).

Kryteria zdrowia seksualnego proponowane przez WHO zostały oparte na definicji ogłoszonej przez Międzynarodową Konferencję ONZ na rzecz Ludności i Rozwoju (Kair, 1994, par.7, 36) i zrewidowane w 2002 roku, samo pojęcie natomiast pojawiło się w 1974 roku. Zdrowie seksualne jest częścią zdrowia reprodukcyjnego i polega na zdrowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej, wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością (Rzepka, 2007, s. 5; por. Sadovsky, Nusbaum, 2006). W rozumieniu WHO zdrowie seksualne stanowi integrację biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów seksualności ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Koncepcja zdrowia seksualnego zakłada pozytywne i odpowiedzialne podejście do relacji seksualnych i seksualności, które stanowią nieodłączną część ludzkiej osobowości (WHO, 2001, s.7). Zdrowie

seksualne oznacza również wolność od wszelkich form przemocy seksualnej (przymus, nadużycia, wykorzystanie stosunku zależności). Wiąże się to z prawem do odrębności i prywatności seksualnej, co pozwala jednostce na podejmowanie zgodnych z jej potrzebami, a tym samym asertywnych zachowań seksualnych. W pojęciu zdrowie seksualne zawiera się zdolność do zdobywania satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, co wynika z umiejętności nawiązania równych i odpowiedzialnych relacji partnerskich oraz zdolności rozwiązywania problemów w tym obszarze (Sadovsky, Nusbaum, 2006, s.3). Fundamentalnym elementem koncepcji zdrowia seksualnego jest idea dostępu do praw seksualnych, co dotyczy tak seksualności, jak i przyjemności seksualnej oraz prokreacji. Ze zdrowiem seksualnym wiąże się ściśle pojęcie zdrowie prokreacyjne (ang. *reproductive health*, fr. *santé de la reproduction*). Jest ono definiowane jako pełen dobrostan w aspekcie fizycznym, psychicznym i socjalnym, a nie tylko brak chorób i niedomagań w obszarze układu rozrodczego i jego funkcji we wszystkich okresach życia jednostki (WHO, 2001, s.7, por. Woynarowska, 2008).

Wyodrębnienie tego aspektu zdrowia było efektem postępu wiedzy i przemian obyczajowych, a tym samym ewolucji w podejściu do seksualności i praw człowieka, w tym praw seksualnych i reprodukcyjnych (Kasperek - Golimowska, 2008; Lew-Starowicz, 2000, 2007). Zaproponowana przez WHO koncepcja zdrowia seksualnego znalazła swój wyraz w najnowszej międzynarodowej klasyfikacji ICD-10, w której pojawiły się zaburzenia z przeżywaniem orgazmu, rozwojem psychoseksualnym, postawami wobec seksu, relacjami partnerskimi. Dała ona asumpt do zrewidowania roli i obszarów działania opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia seksualnego. Jest również podstawą

redefinicji celów i zadań edukacji seksualnej oraz działań prewencyjno-promocyjnych w zakresie zdrowia seksualnego.

Prawną podstawą omawianej koncepcji są prawa człowieka, a szczególnie prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa, prawo do równego traktowania, wolności od dyskryminacji, a także prawo do informacji i edukacji. Uwypuklenie roli wiedzy na temat zdrowia seksualnego okazuje się szczególnie istotne w kontekście założeń promocji zdrowia, która wysuwa hasła podmiotowości, jednostkowej odpowiedzialności za zdrowie i samoopieki. Ranga rzetelnej i pełnej informacji w dziedzinie zdrowia seksualnego jest podkreślona w Karcie Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych Międzynarodowej Federacji Planowania Rodzicielstwa (IPPT), która określa również etyczne ramy działań promocyjnych. Sformułowane w niej zostało prawo dostępu do wiedzy przedstawionej w sposób rzetelny, transparentny ideologicznie, wymagający od odbiorcy krytycyzmu (Platforma Działania, Kair, 1994, za: Kasperek, Piorunek, 2001). Prawo to jest gwarantem dostępu do wiedzy sprzyjającej pomnożeniu zasobów zdrowia. Usytuowanie zdrowia seksualnego wśród priorytetowych celów wychowania seksualnego świadczy o jego randze. Standardem wyznaczającym kierunki wychowawczej aktywności jest ukształtowanie takich psychoseksualnych cech jednostki, które umożliwią jej rozwój i bezkonfliktowe zaspokojenie potrzeby seksualnej oraz będą akceptowane społecznie. Powinno się to odbywać z uwzględnieniem integracyjnego kierunku działań w ramach promocji zdrowia seksualnego. W praktyce oznacza to szereg starannie zaplanowanych działań umożliwiających integrację biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów seksualności. WHO wyodrębnia następujące cele cząstkowe oddziaływań stanowiących trzon promocji zdrowia seksualnego:

- kreowanie pozytywnych postaw wobec seksualności,

- uwzględnianie złożonych uwarunkowań i czynników determinujących zachowania seksualne, relację i satysfakcję,
- przeciwdziałanie wszelkim formom dyskryminacji, izolacji i segregacji z powodu płci, orientacji seksualnej, niepełnosprawności czy stanu zdrowia,
- przeciwdziałanie przemocy seksualnej,
- dążenie do stworzenia regulacji prawnych gwarantujących dostępność do poradnictwa i terapii
- udostępnianie metod sterowania płodnością,
- prewencję chorób/infekcji przenoszonych drogą płciową (STD/STI),
- propagowanie monogamicznego modelu więzi seksualnych, zachęcanie do modelu „*safer sex*”,
- zwiększenie dostępności do poradnictwa i terapii,
- uwzględnianie tradycji kulturowych danego społeczeństwa (WHO, za: Gapik, Kasperek, 1998; por. Kasperek, Piorunek, 2001; Lew-Starowicz, 2007).

Niezależnie od przyjętych założeń teoretycznych oraz metodycznych, działania uświadamiające, wychowawcze, prewencyjne i promocyjne powinny zmierzać do ukształtowania jednostki charakteryzującej się możliwie najwyższym poziomem zdrowia seksualnego. Posiłkując się koncepcją salutogenetyczą autorstwa Antonovsky'ego, zgodnie z którą człowiek w swoim życiu przemieszcza się na kontinuum między dwoma biegunami: pełne zdrowie – poważna, zagrażająca życiu choroba, trzeba tu mówić o dążeniu do idealnego zdrowia seksualnego (Antonovsky, 1997). Edukację seksualną opartą na idei zdrowia seksualnego można zatem rozpatrywać bardziej w kategoriach procesu, niż jego wyniku. Calderone wymienia cztery kryteria, za pomocą których można dokonać diagnozy jednostki plasując

ją między wymiarem pełnego zdrowia seksualnego, a jego brakiem. Według tego autora - o zdrowiu seksualnym możemy mówić w przypadku osoby, która:

- akceptuje swoją płć,
- przyjmuje role społeczne związane z płcią,
- wyraża bez lęku swoją seksualność w sensie fizycznym i psychicznym
- charakteryzuje się poczuciem odpowiedzialności za skutki własnej seksualności wobec siebie, partnera i społeczeństwa (Calderone, 1976, za: Obuchowska, Jaczewski, 2002).

Akceptacja własnej płci jest warunkiem koniecznym skutecznego, satysfakcjonującego podjęcia ról społecznych związanych z płcią. Nie chodzi o bierne (...) poddanie się zdarzeniom wynikającym z przynależności do jednej bądź drugiej płci, ale o pełną tego faktu akceptację, wyrażającą się w zadowoleniu i w antycypowaniu psychologicznych korzyści z tego faktu płynących (Obuchowska, Jaczewski, 2002, s.171). Osoba zdrowa seksualnie jest zdolna do przyjęcia oraz świadomego wypełniania ról związanych z płcią. Chodzi głównie o role rodzicielskie oraz małżeńskie, których realizowanie powinno wiązać się z jednostkową oraz interpersonalną satysfakcją. Ważna w tym kontekście jest również umiejętność przekraczania ról społecznych związanych z płcią. Jak uzasadnia Brannon, kategoryzacja wiąże się z ograniczeniem do dwóch ściśle zdefiniowanych opcji. Pomijane jest naturalne bogactwo indywidualnych cech i wynikająca z niego potrzeba swobody wyboru (Brannon, 2002, s.562). Calderone podkreśla również, że zdrowie seksualne oznacza pozbawione lęku wyrażanie własnej seksualności. Dotyczy to aspektu fizycznego, a więc form przygotowujących do stosunku seksualnego i samego stosunku seksualnego, ale też innych form zachowań seksualnych. Psychiczny

aspekt seksualności, a także jej ekspresja społeczna powinny wiązać się z całą gamą uczuć o pozytywnym znaku. Ostatnią wyróżnioną przez autora cechą osoby zdrowej seksualnej jest zdolność przyjęcia odpowiedzialności za skutki własnej seksualności. Konsekwencje związane z aktywnością seksualną można rozpatrywać bardzo szeroko, co dotyczy zarówno wymiaru jednostkowego, diadycznego, jak i społecznego (a nawet transkulturowego, transpokoleniowego). Można analizować tu całe spektrum związków przyczynowo-skutkowych rozpatrywanych na gruncie psychologii, pedagogiki, etyki, medycyny, socjologii, prawa, z których najbardziej niebezpieczne są konsekwencje ryzykownych zachowań seksualnych ze śmiercią włącznie (Calderone, 1976, za: Obuchowska, Jaczewski, 2002).

Oprócz aspektu biologicznego i psychologiczno-relacyjnego kryteria zdrowia seksualnego zostały rozbudowane o aspekt prawny. W zaaprobowanej przez WHO Deklaracji Praw Seksualnych opracowanej przez Światowe Towarzystwo Seksuologiczne w 2002 roku wymieniane są następujące prawa seksualne, a ich respektowanie jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia zdrowia seksualnego:

- prawo do wolności seksualnej wiążące się z możliwością realizacji potencjału seksualnego w granicach wykluczających przymus, nadużycia, łamanie norm prawnych i obyczajowych,
- prawo do odrębności, integralności i bezpieczeństwa seksualnego,
- prawo do prywatności seksualnej, jednak z wykluczeniem naruszenia praw seksualnych innych osób,
- prawo do równości seksualnej, a więc wolności od wszelkich form dyskryminacji,
- prawo do przyjemności seksualnej,

- prawo do emocjonalnego wyrażania seksualności poprzez dotyk, gesty, wyrażanie uczuć,
- prawo do swobodnych kontaktów seksualnych,
- prawo do podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących prokreacji,
- prawo do informacji opartej na badaniach naukowych zgodnych z zasadami etyki,
- prawo do wyczerpującej edukacji seksualnej, która trwa całe życie i angażuje wszystkie instytucje społeczne,
- prawo do seksualnej opieki zdrowotnej (WHO, 2002, za: Lew-Starowicz, 2007, s. 8-11).

Poza wymienieniem praw seksualnych, traktowanych jako uniwersalne i niezbywalne prawa człowieka, Deklaracja w sposób wyraźny podkreśla holistyczne rozumienie seksualności ludzkiej, co jest elementem utrwalającym kierunek ewolucji omawianego pojęcia.

1.1.2. Zdrowie seksualne charakteryzowane przez kryterium normy

W rozważaniach o zdrowiu seksualnym nie sposób nie odwołać się do pojęcia normy i patologii seksualnej. Norma traktowana jest jako pewien układ odniesienia pozwalający na określenie prawidłowości lub nieprawidłowości. W procesie diagnostycznym spełnia ona cele klasyfikacyjne i selekcyjne (Skowroński, 2003). Trawińska wymienia szereg funkcji, które mogą spełniać normy, w tym normy seksualne. Po pierwsze, normy mogą pełnić funkcję informacyjną wskazując zachowania pożądane i zakazane oraz podstawy takiej klasyfikacji. Po wtóre, normy pełnią funkcję prewencyjną i wychowawczą. Dodatkowo, wiążą się one z identyfikacją z grupą, a zatem spełniają funkcje scalające oraz prestiżowe (ze względu na wyróżniające się zachowanie).

Na gruncie relacji interpersonalnych mogą wiązać się z funkcją pojednawczą lub represyjną (Trawińska, 1985a).

Z uwagi na wielofunkcyjność normy w seksuologii oraz empiryczny charakter tej dziedziny bardzo istotne jest posługiwanie się normą spełniającą kryteria interdyscyplinarne. Poza tym - jak zauważa Imieliński - norma seksualna musi uwzględniać wymogi logiczne (jako norma porządkująca i wskazująca adresata), etyczne (jako minimum przepisów regulujących współżycie międzyludzkie), prakseologiczne (powinna wytyczać kierunek związany z celem, sprawnością działania) i filozoficzne (mierzone stopniem zgodności normy z rzeczywistością) (Imieliński, 1990; Skowroński, 2003). Wyodrębnienie normy, która spełnia powyższe wymogi, napotyka na wiele barier. Jak podkreśla Imieliński: trudności z wypracowaniem interdyscyplinarnych wzorów życia uczuciowo-seksualnego, które bez zastrzeżeń mogłyby być przyjęte na gruncie różnych dyscyplin prowadzą do wyodrębnienia wielu norm:

- medycznej,
- ewolucyjnej,
- statystycznej,
- socjologicznej,
- prawnej,
- kulturowej,
- interdyscyplinarnej (Imieliński, 1985; por. Długołęcka, 2008).

Wymienione powyżej ujęcia normy w seksuologii nie wykluczają się wzajemnie, a w pewnych obszarach są ze sobą zbieżne, co pozwala na odwołanie się do nich w zależności od potrzeb teorii i praktyki. Z uwagi na cele niniejszej pracy omówione zostaną te koncepcje normy seksualnej, które są szczególnie istotne nie tylko dla przyjętych tu

założeń badawczych, ale też dla szeroko rozumianych działań promocyjnych w zakresie zdrowia seksualnego. Tak szerokie ujęcie wynika z odejścia od binarnego, schematycznego ujęcia zachowań seksualnych w kategoriach zdrowia i choroby, charakterystycznego dla modelu biomedycznego.

Zdrowie seksualne a kryteria normy klinicznej

Kliniczne rozumienie normy seksualnej odwołuje się do raportów Kinsey'a oraz badań Schnabla (za: Imieliński, 1984, 1990). Jest ono szczególnie ważne dla zrozumienia współczesnego ujęcia normy i patologii seksualnej. Norma kliniczna obejmuje szeroki zakres praktyk i zachowań seksualnych, które mieszcząc się w jej przedziale nie wymagają interwencji terapeutycznej. Można je rozpatrywać w obrębie trzech kategorii normy:

- normy optymalnej,
- normy akceptowanej,
- normy tolerowanej (Imieliński, 1985, 1990).

Do normy optymalnej zalicza się zachowania modelowe, najbardziej pożądane z punktu widzenia indywidualnego i społecznego. Jako ideał, który powinien być kształtowany w ramach działań wychowawczych traktuje się dobrowolne, dopowhowe, heteroseksualne stosunki płciowe pomiędzy dojrzałymi partnerami. W granicach normy akceptowanej mieszczą się zachowania seksualne, które nie są optymalne, w niewielkim stopniu naruszają powyższe kryteria, lecz nie ograniczają rozwoju osobowego oraz nie utrudniają nawiązania głębokich więzi międzyludzkich. Kryteria normy akceptowanej spełniać będzie przykładowo masturbacja lub kontakty oralno-genitalne (Gapik, 2006). Zachowania klasyfikowane jako obszar normy tolerowanej nie

mają bezwzględnie patologicznego charakteru, nie wykluczają harmonijnego współżycia między partnerami, ale ograniczają możliwość optymalnego doboru seksualnego. Są to zachowania, które wiążą się ze zmniejszeniem liczby potencjalnych partnerów, jak i z ograniczeniem możliwości nawiązania z nimi głębokich więzi międzyludzkich (np. upodobanie do seksu grupowego). W celu zaliczenia konkretnego zachowania do normy tolerowanej należy wziąć pod uwagę trzy kryteria: kontekst sytuacyjny, kontekst osobowościowy oraz charakter układu partnerskiego. Kontekst osobowościowy wiąże się z analizą, na ile aktywność seksualna nie ogranicza innych form aktywności jednostki. Istotne jest w tym wypadku ustalenie stopnia dojrzałości poszczególnych sfer osobowości oraz ewentualnej dysharmonii w ich rozwoju. Kontekst partnerski koncentruje się na przebiegu życia seksualnego w konkretnym układzie interpersonalnym, a więc układzie zamkniętym i dynamicznym. Partnerzy traktowani są tu jako pacjent niezależnie od tego, kto i w jakim stopniu przejawia bądź deklaruje dane zachowanie. Dodatkowo, pozostałe aspekty zachowań w obrębie normy tolerowanej analizuje się z uwzględnieniem kontekstu sytuacyjnego (Imieliński, 1984, 1990; por. Skowroński, 2003). Ostatnie kryterium wydaje się szczególnie istotne z punktu widzenia dyferencjacji form zachowań seksualnych i zmieniających się norm obyczajowych w tym zakresie.

Zdrowie seksualne a kryteria normy partnerskiej

Autorem normy partnerskiej jest Giese, modyfikacji jego ujęcia dokonał natomiast Imieliński (Giese, za: Imieliński, 1984, 1990). W obrębie omawianej normy wyróżnionych zostało sześć wyznaczników, które pozwalają wykluczyć zachowania patologiczne. Norma partnerska akcentuje społeczno-kulturowe tło aktywności seksualnej. Analiza dokonywana jest tu z punktu widzenia przydatności danego zachowania

dla stron w nie zaangażowanych oraz dla społeczeństwa. Jednak nie sam rodzaj zachowań ma w tym wypadku decydujące znaczenie. Przyporządkowanie do obszaru zachowań normatywnych wynika z uwzględnienia koncepcji różnic indywidualnych. A zatem w analizie ludzkiej seksualności zastosowanie znajduje krzywa indywidualnego zróżnicowania, co zawsze rozpatrywane jest w konkretnym układzie partnerskim (Imieliński, 1990). Do spełnienia normy partnerskiej koniecznych jest sześć warunków:

1) warunek różnicy płci. Warunek ten wynika z podziału gatunku ludzkiego na płęć żeńską i męską. Obecnie nie jest niezbędny do tego, by dane zachowanie zaklasyfikować jako mieszczące się w granicy normy partnerskiej. Uzasadnieniem jest twierdzenie, że skoro homoseksualizm różni się od heteroseksualizmu jedynie w zakresie kierunku popędu seksualnego, to mieści się w granicach normy. Argumentacji dostarcza sam fakt usunięcia homoseksualizmu z nomenklatury psychiatrycznej. W 1973 roku American Psychiatric Association uznała, że homoseksualizm nie jest chorobą ale specyficznym zachowaniem w ramach normy seksualnej (Weinberg, 1991; Obuchowska, Jaczewski, 2002). Dodatkowo według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 opracowanej w 1992 roku przez Światową Organizację Zdrowia, żadna orientacja seksualna (a więc i homoseksualna) sama w sobie nie powinna być traktowana jako zaburzenie. Z orientacją seksualną mogą się wiązać rozmaite zaburzenia, wśród których można wskazać zaburzenie dojrzewania seksualnego, orientację seksualną niezgodną z ego (egodystoniczną) oraz zaburzenie związków seksualnych (Pużyński 2003; Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., 1999).

2) warunek dojrzałości. Warunek ten odnosi się do kontaktów seksualnych między dojrzałymi osobami mogącymi stworzyć układ na zasadach partnerskich. Warunek ten ma na celu zabezpieczenie przed kontaktami seksualnymi opartymi na zasadzie zależności. Problemy w zakresie oceny pojawiają się przy pytaniu o kryteria dojrzałości biologicznej, społecznej, psychicznej. Za dojrzałą seksualnie osobę uznaje się jednostkę zdolną do rozpoznawania swojego zachowania i kierowania nim (Glaser, Frost, za: Skowroński, 2003, por. Izdebski, 2010). Można odwołać się tu również do legislacyjnych obwarowań w sferze seksualności i prawnej ochrony czyli wieku 15 lat. Jak zauważa Imieliński słabością tego wyznacznika jest niemożność odniesienia go do zachowań seksualnych młodzieży, gdyż wyłącznie na jego podstawie nie można wnioskować o ich patologicznym charakterze (Imieliński, 1990). Z pomocą przychodzą tu inne ujęcia normy, jak choćby norma rozwojowa autorstwa Beisert (Beisert, 2006d).

3) warunek obustronnej akceptacji. Jest to inaczej warunek dobrowolności, w którym wyklucza się zachowania wymuszone siłą, podstępem i z wykorzystaniem krytycznej sytuacji, co jest określone konkretnymi przepisami prawnymi. Naruszenie tego warunku wiązałoby się z wykluczeniem satysfakcji jednego z partnerów, poza tym powodowałoby zakłócenia współżycia w społeczeństwie.

4) warunek uzyskania rozkoszy. Kontakty seksualne powinny zmierzać do uzyskania obustronnej rozkoszy. Brak zaspokojenia potrzeby seksualnej i doznania rozkoszy lub brak działań w tym kierunku zaburza w znacznym stopniu funkcjonowanie seksualne. W ramach normy mieścić się będą zachowania podejmowane z motywacji seksualnej. Wyklucza to zachowania, w których jedna strona nastawiona jest na „zapewnienie rozkoszy” drugiej, co czyni z pozaseksualnej motywacji. Pewne trudności kwalifikacyjne Imieliński zauważa również w sytuacji,

gdy rozkosz uzyskiwana jest za pośrednictwem partnera, lecz z wykorzystaniem wyobrażeń o innej osobie (Imieliński, 1984, 1990).

5) warunek nieszkodzenia zdrowiu. Warunek ten odnosi się do zdrowia rozumianego jako integracja wymiaru fizycznego, psychicznego i społecznego. Trudności z zastosowaniem tego kryterium pojawiają się chociażby w momencie analizy zachowań seksualnych i ich wpływu na poszczególne narządy i układy u osób w starszym wieku (Imieliński, 1990).

6) warunek nienaruszania norm współżycia społecznego. Warunek ten ma chronić otoczenie osoby podejmującej aktywność seksualną przed niechcianymi tego konsekwencjami. O patologii społecznej możemy mówić dopiero wtedy, gdy zachowania wielokrotnie i znacznie przekraczają margines społecznej tolerancji, co jest problematyczne ze względu na jego społeczno-kulturowe zróżnicowanie.

Wymienione kryteria wiążą się z trudnościami przy kwalifikowaniu zachowań seksualnych do normy lub patologii, co podkreśla nawet sam autor. Uzupełnieniem mogą być inne kryteria normy seksuologicznej, a także ich integracja. Niezbędna jest przede wszystkim rozważa i doświadczenie w analizie konkretnych przypadków.

Zdrowie seksualne a kryteria normy indywidualnej

Twórcą tego ujęcia normy seksualnej jest Godlewski (Godlewski, 1998). Jest to koncepcja uzupełniająca normę partnerską, która akcentuje więziotwórczy i hedonistyczny aspekt seksualności. Koncepcja normy indywidualnej dookreśla kryteria normy partnerskiej w aspekcie biologicznym (prokreacyjnym). Norma indywidualna podkreśla w szczególności kwestie dysfunkcji seksualnych, które mogą utrudniać lub uniemożliwiać realizację biologicznej funkcji seksualności (Skowroński, 2003). Oprócz uwzględnienia funkcji biologiczno-

prokreacyjnej Godlewski wyodrębnia również funkcję psychologiczną, związaną z uzyskaniem rozkoszy i społeczną, związaną z tworzeniem więzi międzyludzkich. Zachowanie mieści się w granicach normy indywidualnej, jeśli wypełnia jednocześnie wszystkie funkcje. Rodzaj i nasilenie uchybień w wypełnianiu tych funkcji przez jednostkę określa stopień jej odchylenia w kierunku patologii seksualnej. Zachowania seksualne uznane są za zgodne z indywidualną normą seksualną, jeśli spełniają następujące kryteria:

- wzór zachowania seksualnego nie ogranicza obustronnej akceptacji,
- zachowania seksualne rokują obustronną rozkosz seksualną,
- zachowania seksualne nie grożą uszkodzeniem zdrowia partnerów.

Wymienione kryteria pokrywają się z wyznacznikami normy partnerskiej. Dodatkowo, według autora istotne okazują się kryteria funkcji biologicznej, której celem jest podtrzymanie gatunku:

- zachowania seksualne nie wykluczają /nie ograniczają w znacznym stopniu stosunku genitalno-genitalnego wiążącego się z możliwością zapłodnienia,
- zachowania seksualne nie cechują się trwałą tendencją do unikania stosunku dopochwowego (por. Skowroński, 2003).

Brak spełnienia kryteriów normy indywidualnej (psychologicznej i biologicznej) nie musi wywołać zakłóceń w funkcjonowaniu związku, a tym samym naruszać kryterium normy partnerskiej. Przykładem mogą być praktyki homoseksualne lub przedwczesna ejakulacja, które - mimo obustronnej akceptacji - nie spełniają kryteriów wąsko rozumianej funkcji biologicznej (a zarazem spełniają tylko psychologiczne wyznaczniki tej normy), lecz mieszczą się w normie partnerskiej. Z drugiej strony, kryteria układu partnerskiego mogą być zakłócone, mimo że obydwój partnerzy nie wykazują żadnych nieprawidłowości mierzonych kryteriami

indywidualnej normy seksualnej. Odniesić to można do braku dojrzałości partnerów podejmujących zachowania seksualne przy dużym ryzyku nieplanowanej, przedwczesnej ciąży (Imieliński, 1984, 1990).

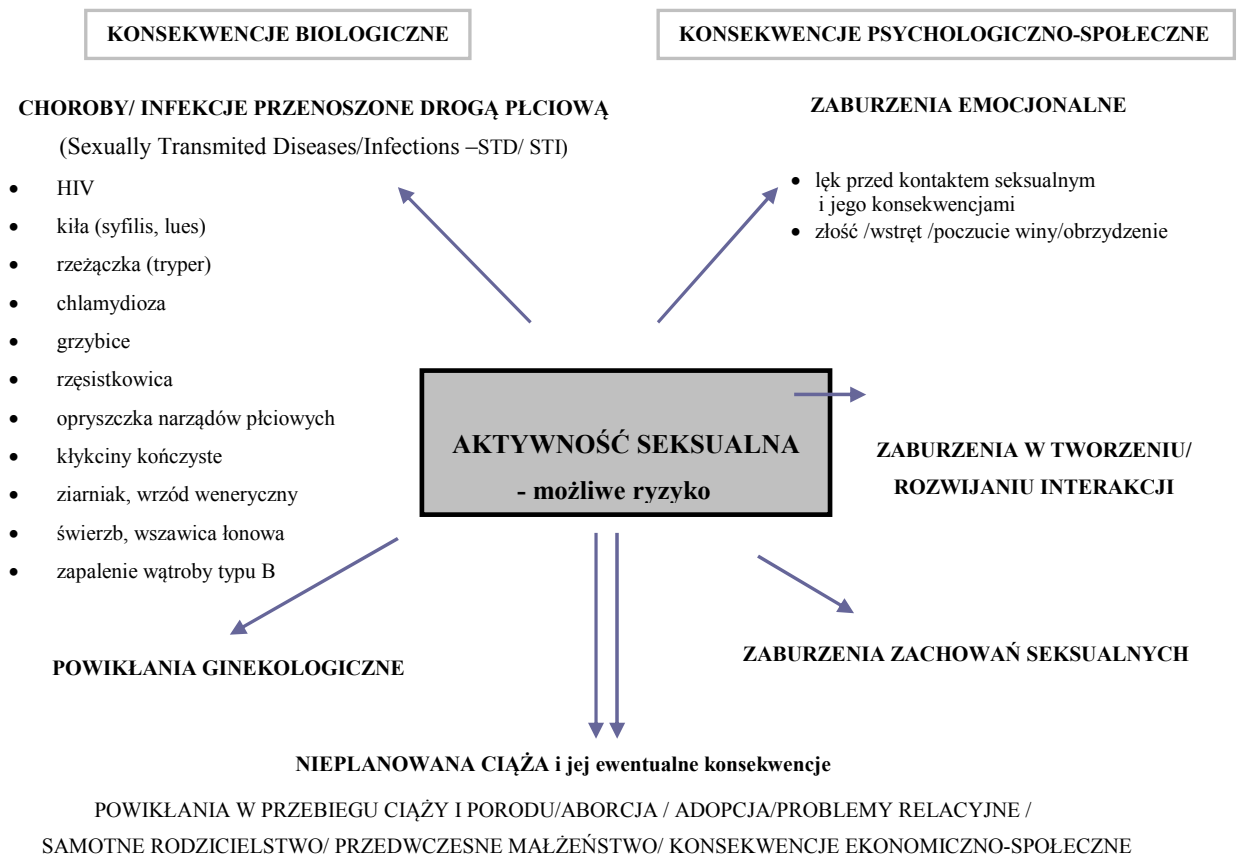
1.1.3. Patologia seksualna

Kryteria omawianych wyżej norm obowiązujących w seksuologii powinny być wykorzystywane z największą uwagą, a wiedza o nich nieustannie weryfikowana i aktualizowana. Zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i ogólnospołecznym powinny one stanowić element konieczny, ale niewystarczający do analizy zachowań seksualnych i ich ewentualnej modyfikacji. Stąd też w opracowaniu odniesiono się również do normy rozwojowej, normy prawnej oraz ryzyka poszczególnych zachowań seksualnych.

Ryzyko związane z aktywnością seksualną

W analizie zachowań seksualnych istotnym elementem są zachowania ryzykowne. Zachowania ryzykowne (problemowe) można zdefiniować jako te, które będąc zachowaniami antynormatywnymi, pozostającymi w opozycji do porządku społecznego i prawnego, stanowią jednocześnie zagrożenie dla zdrowia i rozwoju jednostki (społeczeństwa) (Jessor, R., S., za: Ostaszewski, 2005 s. 112-114; por. Carr, 2004). Jako nieprawidłowe sposoby przystosowawcze pełnią one niezwykle doniosłą rolę w życiu jednostki, umożliwiając zaspokojenie najistotniejszych potrzeb psychologicznych, manifestację tożsamości, wzmocnienie solidarności z grupą, realizację ważnych życiowych celów, a także redukcję lęków i frustracji. Ryzykowne zachowania odnieść można do wszystkich faz psycho-społecznego (seksualnego) rozwoju jednostki. Okres adolescencji i wczesnej dorosłości wiąże się jednak z ich nasileniem (Próchniak, 2005; Makara – Studzińska, 2007).

Ryzyko związane z aktywnością seksualną może być rozumiane bardzo szeroko. W ocenie tej istotnym czynnikiem pozostają względy moralne i światopoglądowe, które warunkują obszar konsekwencji współżycia uznanych za negatywne. Z uwagi na charakter niniejszej pracy, poniższe rozważania koncentrują się na konsekwencjach biologicznych oraz psychologiczno-społecznych (por. schemat nr 1).



Schemat 1. Możliwe ryzyko związane z aktywnością seksualną nastolatków i młodych dorosłych (źródło: opracowanie własne na podst.: Gapik, 1990; Lew-Starowicz, 1995, 1999; Woynarowska, 2008).

W katalogu zachowań ryzykownych szczególne miejsce zajmuje przedwczesna aktywność seksualna, która w wielu publikacjach seksuologicznych (i w przepisach prawa) wyznaczona jest granicą 15 roku życia. Niesie ona za sobą implikacje dla funkcjonowania jednostki, jej rozwoju i jakości życia. Przedwczesna inicjacja seksualna,

a następnie utrzymywanie stosunków płciowych przez młodych ludzi, którzy nie osiągnęli pełnej dojrzałości psychicznej i społecznej (a także dojrzałości fizycznej), stwarza wiele bezpośrednich i odległych zagrożeń dla ich zdrowia i dalszego życia (Woynarowska, Szymańska, Mazur, 1999, s.41).

Zachowania ryzykowne mają tendencję do współwystępowania, a więc i w tym obszarze zauważyć można korelację między wczesną inicjacją seksualną, a częstym upijaniem się (przeważnie u mężczyzn), używaniem amfetaminy (przeważnie u kobiet) i paleniem papierosów (Hendler, s.271; por. Izdebski, 1992, 2010). Warto w tym miejscu dodać, iż używanie substancji psychoaktywnych jest uznane za jeden z najistotniejszych czynników wzrostu zagrożenia wirusem HIV oraz STD/STI. Eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi (a później uzależnienie) niesie ze sobą ryzyko bezpośrednie (iniekcje jako wrota zakażenia wirusem HIV), jak i pośrednie (wzrost pobudzenia, nasilenie tendencji do promiskuityzmu, także w celach zarobkowych, osłabienie mechanizmów samokontroli). Inne ryzykowne formy zachowań seksualnych to stosunek waginalny, oralny i analny bez prezerwatywy (przy czym każdorazowo większe ryzyko dotyczy strony biernej w kontakcie seksualnym). Ryzyko zakażeń wzrasta w sytuacji, w której chociaż jedna strona ma skaleczenia, podobnie jest z aktywnością seksualną w trakcie menstruacji (Carr, 2004; Bersamin i inni, 2006).

Najbardziej oczywistym zagrożeniem wynikającym z aktywności seksualnej są choroby (infekcje) przenoszone drogą płciową (fr. *Maladies Transmises Sexuellement*, ang. *Sexually Transmitted Diseases/Infections* – STD/STI), w tym zakażenie wirusem HIV, dla którego aktywność seksualna jest jedną z trzech możliwych dróg zakażenia (Izdebski, Walendzik, 2000, s.10-11; por. Godlewski, 1998).

Wśród ryzykownych zachowań młodzieży w sferze seksualnej Izdebski wymienia również kontakt z Internetem. Niepokój budzi kontakt z treściami o charakterze pornograficznym, kontakt z materiałami prezentującymi przemoc seksualną, prowadzenie rozmów o tematyce seksualnej z nieznanymi osobami, dzielenie się danymi osobistymi (w tym zdjęciami), umawianie się na spotkania i podejmowanie aktywności seksualnej z osobą poznaną za pośrednictwem Internetu (Izdebski, 2010).

Negatywne aspekty aktywności seksualnej mogą wiązać się z zagadnieniem płodności, a więc ciążą, aborcją, adopcją, samotnym rodzicielstwem. Zjawiska te - szczególnie u młodych ludzi - mogą implikować problemy psychologiczne, społeczne, edukacyjno-zawodowe, ekonomiczne, prawne, a nawet zdrowotne. Z badań wynika, że w przypadku ciąży kobiet do 15. roku życia śmiertelność matek jest o 60% wyższa w porównaniu z kobietami dojrzałymi, a śmiertelność dzieci 2,5 razy wyższa w porównaniu z dziećmi urodzonymi przez matki powyżej 20. roku życia (Izdebski, 2010). Również sam przebieg ciąży u młodych matek jest obarczony zwiększonym ryzykiem komplikacji: anemii, toksemii, nadciśnienia, śmiertelności okołoporodowej (Carr, 2004). W krajach, gdzie aborcja na życzenie jest prawnie usankcjonowana (np. od 1975 roku we Francji, gdzie na podstawie Prawa Veil dokonuje się *Interruption Volontaire de Grossesse* - IVG) skalę konsekwencji niechcianej ciąży analizować można na podstawie statystyk dotyczących aborcji na życzenie wśród nastolatków. W 2003 roku we Francji wskaźnik ten dla populacji w wieku 15-17 lat wyniósł 9,6/1000 (Godeau i inni, 2008a). Wskazuje się, że w populacji nastolatków jest 2 do 5 razy więcej aborcji na życzenie, ciąży patologicznych i problemów ginekologicznych, niż w innych grupach wiekowych (Guettier, 1999).

Negatywny wpływ na przebieg i jakość życia może mieć małżeństwo zawarte z motywów związanych z ciążą i statystycznie obarczone większym ryzykiem konfliktów i rozwodu (Sokoluk, Andziak, Trawińska, 1984; Wosińska, 2004; Carr, 2004).

Kolejną grupą skutków uzasadniających określenie aktywności seksualnej mianem ryzykownej są konsekwencje psychologiczno-społeczne. W okresie krytycznym dla wytworzenia schematów reakcji psychoseksualnych pojawić się mogą nieprawidłowości, które za pośrednictwem mechanizmów uczenia się (zgodnie z prawem pierwszych połączeń) rzutować będą na dalsze życie erotyczne. Do nieprawidłowości tych zaliczyć możemy zaburzenia emocjonalne, zaburzenia w tworzeniu i rozwijaniu interakcji z partnerem oraz zaburzenia zachowań seksualnych o charakterze nerwicowym (Gapik, 1990; Imieliński, 1984; Afifi, Weiner, 2006).

Przyczyny ryzykownych zachowań rozpatrywać można w oparciu o różne modele teoretyczne. Zwolennicy zintegrowanego podejścia do profilaktyki wskazują na istnienie wspólnych uwarunkowań (czynników ryzyka) dla całej gamy zachowań określanych jako problemowe lub ryzykowne (Ostaszewski, 2005, s.116). Czynniki ryzyka wiążą się ze sobą tworząc tzw. „ścieżki ryzyka”. Dodatkowo, zachowania ryzykowne różnych typów są ze sobą dodatnio skorelowane, na przykład występuje związek między przedwczesną aktywnością seksualną, a używaniem substancji psychoaktywnych (Makara-Studzińska, 2007, s. 42; Bersamin i inni, 2006). Zgodnie z tym podejściem celem oddziaływań profilaktycznych powinno być eliminowanie lub redukcja czynników ryzyka (specyficznych i niespecyficznych) oraz wzmacnianie czynników chroniących. Zgodnie z koncepcją *resilience* oznacza to równoważenie lub redukcję czynników ryzyka (Woynarowska, 2008, s.47- 48; Kasperek - Golimowska, 2008).

Według behawioralno-ekologicznego modelu zachowań seksualnych - o ryzykownych zachowaniach seksualnych jednostki możemy wnioskować na podstawie szeregu czynników związanych z jej osobowością, sytuacją szkolną, rodzinną a także rówieśniczą (Carr, 2004; Benoit, Dragon i inni, 2003). W literaturze przedmiotu wyróżnia się następujące grupy czynników ryzyka:

- związane z sytuacją rodzinną (rodzina monoparentalna, głównie nieobecność ojca w domu, rozwód/separacja, nadmierny rygorizm lub ustępliwość, brak uświadomienia seksualnego rodziców, brak silnej więzi z matką, brak czułości, niewielkie zaangażowanie w opiekę, liczne rodzeństwo, przedwczesna ciąża matki/kogoś z rodziny, aprobata aktywności seksualnej rodzeństwa/przez rodzeństwo, postawy, przekonania dotyczące seksu),
- związane z sytuacją szkolną (negatywny stosunek do szkoły, niewystarczający czas poświęcany na zadania domowe, niepowodzenia szkolne, brak instytucjonalnej edukacji seksualnej),
- związane z grupą rówieśniczą (konformizm wobec norm i przekonań grupowych, błędne przekonania normatywne, ryzykowne normy grupowe, wpływ mechanizmów uczenia się społecznego),
- osobowościowe, poznawcze (brak wyraźnie zaznaczonych granic fizycznych, emocjonalnych, intelektualnych, niska motywacja osiągnięć, wysokie zapotrzebowanie na stymulację, nadpobudliwość, błędne przekonania normatywne, niesprzyjający system wartości, obniżona zdolność koncentracji uwagi),
- o podłożu biologicznym (menarche przed 12 rokiem życia, zaburzenia percepcji wzrokowej, zaburzenia koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej),

- związane z brakiem odniesienia do wyrazistego i stabilnego systemu wartości, brakiem zaangażowania religijnego (Szymańska, 2002; Bersamin i inni, 2006; Deptuła, 2005; Godeau i inni., 2008a; Grzelak, 2006; Kay, 1996; Tessier, 1984; Stuthofer, 2007).

W literaturze wskazuje się również szereg czynników spustowych dla ryzykownych zachowań seksualnych, które wiązać można z rewolucją seksualną, czy szerzej - z przemianami społeczno-kulturowymi (Bozon, 2009, Izdebski, Ostrowska, 2003; Melosik, 1999a, 2010). Liberalizacja seksu, dostępność metod antykoncepcyjnych, większa akceptacja stosunków przedmałżeńskich i pozamałżeńskich, promiskuityzmu i seksu komercyjnego, to tylko niektóre z przyczyn wzrostu zachowań ryzykownych. W świecie wypełnionym łatwo dostępnymi ofertami utrudnione staje się poszukiwanie nienaruszalnych wartości. Sami dorośli nie są często zdolni do podjęcia wychowawczych obowiązków i realizacji płynących z nich zobowiązań. Nie bez znaczenia są tu również stereotypy dotyczące seksualności, które - głównie za pośrednictwem mass-mediów - stają się źródłem przekonań normatywnych, a tym samym łatwym uzasadnieniem dla podejmowanych w tym obszarze decyzji. Płynące z mediów, epatujące seksem i kultem ciała przekazy (kryptoprzekazy) cechuje wulgarność języka, gloryfikacja agresji, negacja normatywnego porządku (Kurzępa, 2007). W mediach transmitowane są również społecznie akceptowane i wzmacniane atrybuty męskości i kobiecości. Kulturowa tożsamość płci (*gender*), która zawiera w sobie przepisy dotyczące tradycyjnie pojmowanej, schematycznej roli kobiecej i męskiej, w znaczny sposób może wpływać na ryzyko podejmowanej aktywności seksualnej. Wiąże się to z podwójnym standardem aktywności seksualnej młodzieży (np. społeczną akceptacją dziewictwa dziewcząt przy równoczesnym

„nakazie” zdobywania doświadczeń seksualnych przez chłopców) (Cianciara, 2005; Gromkowska, 2001).

Inne charakterystyczne dla współczesności elementy, czyli globalizacja i otwarcie granic, nie tylko ułatwiają nawiązywanie przygodnych relacji seksualnych poza granicami kraju, ale stają się również przyczynkiem do osłabienia więzi międzyludzkich. Większe ryzyko może wynikać z autonomizacji seksu, oderwania go od innych sfer funkcjonowania. Jest to szczególnie nasilone u nastolatków, dla których typowa jest dysocjacja miłość-seksualność (dezintegracja emocjonalno-popędowa) (Moczuk, 2000; Sokoluk, 2003; Zaitsev, 2006). W tym okresie do głosu dochodzą zmiany biologiczne (wahania hormonalne, asynchroniczne dojrzewanie płciowe), charakterystyki psychiczne (zdolności poznawcze, cechy osobowości), uwarunkowania środowiskowe (rola grupy rówieśniczej) (Makara-Studzińska, 2007; Davis i inni 2007; Tessier, 1984). Silna potrzeba seksualna i gratyfikacja wynikająca z jej zaspokojenia korespondują u nastolatków ze słabymi mechanizmami hamowania korowego. Jedną z przyczyn ryzykownych zachowań seksualnych jest powszechna wśród współczesnych nastolatków obawa przed monotonią i dążenie do poszukiwania natychmiastowej przyjemności. Z jednej strony wiąże się to z seksualizacją życia i wszechobecnej rzeczywistości medialnej. Z drugiej strony, Melosik zwraca uwagę na zjawisko obsesyjnego poszukiwania sposobów na skok adrenaliny (Melosik, 2001). Obrazu tego dopełnia młodzieńcza tendencję do ryzyka, niekonwencjonalność, dominacja wartości hedonistycznych, a także obniżony krytycyzm i samokontrola (Konieczny, Sokoluk, 2005; Krzywicka, 1994; Sęk, 2004).

Ku antyzdrowotnym zachowaniom w obszarze seksualności może kierować jednostkę nadmierny optymizm w ocenie własnego zdrowia (Izdebski, 2010; Wosińska, 2004). W sferze seksualności będzie on

potęgowany przez mechanizmy obronne i osłabienie kontroli wynikające z wysokiego poziomu pobudzenia. Nie bez znaczenia jest tu również (często nieuzasadnione) zaufanie do partnera czy inne „wymaginowane zabezpieczenia” (Izdebski, Walendzik 2000). Wiążą się one z myśleniem życzeniowym na temat skuteczności ochrony zapewnianej przez „odświętną wierność” lub przez okresowe testowanie się na obecność przeciwciał anty-HIV.

Jedną z przyczyn ryzykownych zachowań seksualnych jest cała grupa czynników skoncentrowanych wokół działań profilaktycznych. Istnieje wiele klasyfikacji działań w ramach profilaktyki ryzykownych zachowań seksualnych, wśród których jednym z najbardziej popularnych jest czterostopniowy podział:

- model profilaktyki typu awersyjnego,
- model seksu bezpiecznego,
- model promocji zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego,
- modele kościołów i związków wyznaniowych (por. Lew-Starowicz, 1995; Moczuk, 2004; Jagieła, 1995).

Model profilaktyki awersyjnej zdominowany jest przez metody oparte na strachu przed AIDS - „dżumą XX wieku”. Uwaga zogniskowana jest tu wokół wzmaganiania postaw lękowych, poszukiwania „grup ryzyka” i piętnowania ich. Jak wynika z badań, nieprawidłowe są zarówno założenia modelu, jak i metodyka działań opartych na strachu (Woynarowska, 2008; Geoffard, Méchoulan, 2004). Niejako w opozycji do tego modelu znajduje się model koncentrujący się na wzmacnianiu indywidualnych zasobów zdrowotnych jednostki, czyli model promocji zdrowia (Golimowska-Kasperek, 2008). Nacisk kładzie się tu na bezpieczeństwo zachowań seksualnych przy jednoczesnym propagowaniu rozwiązań umożliwiających osiągnięcie zdrowia

seksualnego w szerokim rozumieniu (Chomczyńska-Miliszkiewicz, 1996). Domeną modelu seksu bezpieczniejszego są praktyczne porady dotyczące minimalizowania ryzyka związanego z aktywnością seksualną (Lew-Starowicz, 1995). Działania te integruje uogólniony model prewencji w zakresie HIV/AIDS - tzw. „ABC”, gdzie A oznacza propagowanie abstynencji seksualnej („safe sex”), B („be faithful”, „safer sex”) wiąże się z zachowaniem wierności, a C („condoms”) dotyczy stosowania prezerwatyw (przy czym kładzie się nacisk na każdorazowe, prawidłowe ich użycie) (Grzelak, 2006; Kay, 1996). Część z działań podejmowanych w ramach tych modeli charakteryzuje się niedoskonałością merytoryczną. Stanowi to barierę dla uznania zagrożeń za realne i zbudowania w tym zakresie jasnego pola decyzyjnego (Gapik, Kasperek, 1998; Izdebski, 2006). Wzmacniane jest to nierzadko niedostatkami przygotowania edukatorów i szeregiem błędów popełnianych w fazie planowania i realizacji przedsięwzięć profilaktycznych. Ogólnie rzecz ujmując - oddziaływania profilaktyczne opierają się na kilku strategiach: informacyjnej, edukacyjnej, alternatyw, interwencyjnej oraz strategii redukcji szkód (*harm reduction*). Na krytykę narażone są działania podejmowane na każdym stopniu profilaktyki, począwszy od programów zachęcających do abstynencji seksualnej (opóźnienia inicjacji) podejmowanych na gruncie profilaktyki pierwszorzędowej, poprzez nawoływanie do bezpieczniejszego seksu („safer sex”), skończywszy na strategii redukcji szkód. Najbardziej krytykowana jest profilaktyka trzeciorzędowa i realizowana w jej ramach strategia *harm reduction* (działania *street-workerów*, *party-workerów*) (Cianciara, 2005). Strategia ta, koncentrująca się głównie na dystrybucji prezerwatyw i propagowaniu ich używania, ma - zdaniem jej kontestatorów - doprowadzać do podejmowania zwiększonego ryzyka. Dodatkowo podnoszona jest kwestia jej wysokich kosztów i niskiej

skuteczności. Zarzuty te potęguje zasadność modelu kompensacji ryzyka, który został stworzony w wyniku krytycznej analizy działań profilaktycznych. Według niego, naturalną ludzką tendencją jest dążenie do uzyskania homeostazy w zakresie poziomemu ryzyka. Tak więc w sytuacji, w której istnieją technologie i środki zwiększające poczucie bezpieczeństwa (co w obszarze zachowań seksualnych dają inne niż prezerwatywa środki antykoncepcyjne), jednostka będzie skłonna podejmować większe ryzyko (Grzelak, 2006; Godeau i inni, 2008b). Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że percepcja strategii *harm reduction* w dużym stopniu zależna jest od cech indywidualnych odbiorcy (wykształcenie, system wartości), ale też od społeczno-gospodarczego i politycznego kontekstu, w którym jest on zanurzony (np. niskie nakłady finansowe na inne dziedziny życia).

Z punktu widzenia zdrowia seksualnego negatywne skutki mogą mieć również programy, które nie należą do tzw. *gender sensitive* (wrażliwych na kulturową tożsamość płci), a tych wciąż w polskiej praktyce edukacyjnej jest wiele. Przedsięwzięcia edukacyjne zazwyczaj nadmiernie koncentrują się one na różnicach między płciami (np. sankcjonowanie podwójnej moralności, promocja prezerwatyw kierowana tylko do mężczyzn). Z drugiej jednak strony, pewne oczywiste różnice (choćby statystyczne) między płciami są w nich często bagatelizowane (przykładem są identyczne programy profilaktyczne skierowane do obu płci, niezależnie od skali ryzyka), co również nie jest korzystne z punktu widzenia programów promocji zdrowia (Cianciara, 2005).

Przyczyny podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych wskazują na dużą rolę oddziaływań edukacyjnych w tym zakresie. Zagadnienia ważne w tym kontekście to nie tylko metody antykoncepcyjne i ich skuteczność, ale również asertywność, prawa

seksualne, przemoc seksualna, odpowiedzialność obojga partnerów w związku. Wiązać się one powinny z kształtowaniem takich postaw wobec seksualności, które będą minimalizować prawdopodobieństwo podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych.

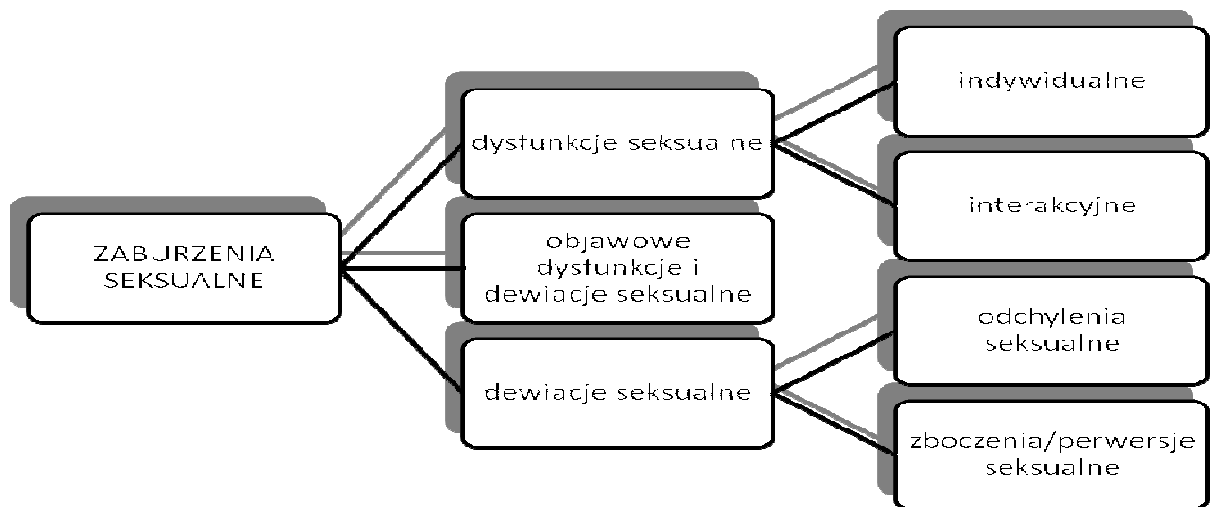
Klasyfikacja zaburzeń seksualnych według Imielińskiego

Zdrowie seksualne może być charakteryzowane zarówno poprzez odniesienie do normy, jak i przez odwołanie do patologii seksualnej. Jedną z najbardziej popularnych i najczęściej przywoływanych w polskiej literaturze seksuologicznej klasyfikacji zaburzeń seksualnych jest klasyfikacja autorstwa Imielińskiego. Dzieli on zaburzenia seksualne na: dysfunkcje seksualne, dewiacje seksualne (odchylenia seksualne i zboczenia płciowe) oraz objawowe dysfunkcje i dewiacje seksualne (Imieliński, 1984, 1990) (por. schemat nr 2).

W klasyfikacji tej istotne jest rozróżnienie między odchyleniami seksualnymi i zboczeniami płciowymi. Według Imielińskiego odchylenie nabiera cech zboczenia płciowego, gdy zachowania są coraz częstsze, stają się dominujące (jest to kryterium ilościowe tego rozróżnienia) oraz występuje usztywnienie i skostnienie preferowanych praktyk, co wiąże się ze znacznym zawężeniem i zubożeniem innych zachowań. Powoduje to niezdolność do uzyskania rozkoszy za pomocą innych technik niż ta, która uległa utrwaleniu (jest to kryterium jakościowe tej dystynkcji) (Imieliński, 1982). Giese podaje sześć objawów wiodących, którymi charakteryzują się odchylenia patologiczne:

- popadnięcie w zmysłowość – specyficzne bodźce mają charakter sygnałów, którym nie można się oprzeć (w przypadku pedofila będzie to dziecięcy głos),
- błędne koło czyli wzrost częstotliwości aktów z równoczesnym obniżeniem satysfakcji,

- promiskuityzm (a tym samym niemożność nawiązania więzi) i dopuszczalna anonimowość ze strony partnera relacji,
- rozbudowa fantazji praktyk i ich wyrafinowanie,
- przeżycia o charakterze nałogu,
- okresowość natężenia niepokoju seksualnego. Impulsy do zachowań mogą występować czasowo między okresami normalnego zachowania seksualnego (Giese, 1976).



Schemat 2. Klasyfikacja zaburzeń seksualnych wg K. Imielińskiego (źródło: opracowanie własne na podstawie: Imieliński, 1990, Sokoluk, 2003).

Klasyfikacja zaburzeń seksualnych autorstwa Imielińskiego przedstawia się następująco:

I. Dysfunkcje seksualne

A. INDYWIDUALNE:

- 1) zaburzenia przebiegu spółkowania,
- 2) zaburzenia orgazmu,
- 3) zaburzenia libido.

B. INTERAKCYJNE:

- 1) dysharmonia seksualna,
- 2) dyspareunia,
- 3) awersja seksualna.

II. Dewiacje seksualne

1) zboczenia seksualne (perwersje)

2) odchylenia seksualne, które dzieli się na:

a. odchylenia seksualne w zakresie obiektu (in objecto) (por. tabela nr 1)

b. odchylenia seksualne w zakresie sposobu realizacji praktyk seksualnych (in modo):

1. sadyzm (rozkosz wynika tu z dominacji i podporządkowania sobie partnera)

a) mord z lubieżności (skrajna odmiana sadyzmu),

b) wampiryzm seksualny (skojarzony z fetyszyzmem, fetyszem jest tu krew partnera),

c) flagellantyzm (chłostanie części ciała),

d) saliromania (sadyzm skojarzony z fetyszyzmem – rozkosz uzyskiwana poprzez brudzenie innych moczem, kałem, nasieniem itp.),

2. masochizm (rozkosz wynika z podporządkowania się partnerowi)

a) tanatofilia (podniecenie seksualne związane z tematyką śmierci)

3. ekshibicjonizm (rozkosz wynika z publicznego obnażania swych narządów płciowych)

a) kandaulezizm (odmiana ekshibicjonizmu skojarzonego z masochizmem, polega na uzyskiwaniu rozkoszy w wyniku prezentowania innym nagiego partnera),

b) ocieractwo, frotteuryzm (rozkosz uzyskiwana poprzez dotykania lub ocieranie się prąciem o kobietę, zazwyczaj w tłumie),

c) triolizm, pluralizm (odmiana ekshibicjonizmu skojarzonego z oglądactwem, podniecenie poprzez akt seksualny, w którym bierze udział kilka osób),

4. oglądactwo (voyeuryzm, skoptofilia) (podglądanie cech i czynności płciowych),

a) eksaudyryzm (podśluchiwanie) (akustyczny odpowiednik odglądactwa, w którym podniecenie związane jest z podśluchiowaniem czynności płciowych).

c. nietypowe odchylenia seksualne:

1. homoseksualizm (lesbianizm),
2. transseksualizm,
3. zespół dezaprobaty płci,
4. kazirodztwo,

III. Objawowe dysfunkcje i dewiacje seksualne:

- 1) w chorobach psychicznych,
- 2) w chorobach somatycznych (Imieliński, 1985).

NAZWA DEWIACJI SEKSUALNEJ	RODZAJ OBIEKTU
fetyszyzm (symbolizm, parcjalizm seksualny)	przedmiot lub część ciała symbolizująca partnera
• pigmalionizm	dzieła sztuki, obrazy, fotografie
• narcyzm	własne ciało
• automonoseksualizm	postać w lustrze
• heterochromofilia	kolor skóry partnera (najczęściej odmienny niż własny)
• retifizm	buty
• fetyszyzm deformacyjny	zniekształcenia, okaleczenia ciała
• grawiditofilia	kobieta w ciąży
• ekstrementofilia	mocz, kał, ślina, nasienie
nekrofilia	zwłoki ludzkie
transwestytyzm, in. eonizm, metatropizm, <i>cross-dressing</i>	przebieranie się w odzież charakterystyczną dla płci przeciwnej

pedofilia	dzieci
nimfomania	osoby przed inicjacją seksualną
gerontofilia	osoby starsze
zoofilia	zwierzęta

Tabela 1. Odchylenia seksualne w zakresie obiektu (źródło: opracowanie własne, za: Imieliński, 1990; Skowroński, 2003).

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

W 1992 roku WHO przedstawiła dziesiątą rewizję Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10). Po części odwołuje się ona do wszystkich powyższych ujęć normy i patologii seksualnej. Ten system klasyfikacyjny, tak istotny we współczesnej medycynie i seksuologii klinicznej, jest zbieżny z klasyfikacją zaburzeń seksualnych DSM-IV proponowaną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association) (Michałowski, Michałowska, 2001). W rozdziale piątym tejże klasyfikacji umieszczono zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, wśród nich zaburzenia seksualne (Lew-Starowicz, 1999; Pużyński, Wciórka, 1997). Zostały one opisane w kilku miejscach: punkt F52 (w podpunktach F52.0 – F52.9) zawiera dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani chorobą somatyczną. W punkcie F64 (w podpunktach F64.0 – F64.9) opisano zaburzenia identyfikacji płciowej. W kolejnym punkcie - F65 (w podpunktach F65.0 – F65.9) wymienione są zaburzenia preferencji seksualnych. Wreszcie w punkcie F66 (w podpunktach F66.0 - F66.2 oraz F.66.8 i F66.9) przedstawione zostały zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją płciową. Michałowscy porządkują zaburzenia w ICD 10 w kilka subkategorii:

zaburzenia pożądania	<ul style="list-style-type: none"> - brak lub utrata pożądania płciowego - awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej - nadmierny popęd seksualny
zaburzenia podniecenia	<ul style="list-style-type: none"> - brak reakcji genitalnej
zaburzenia orgazmu	<ul style="list-style-type: none"> - zaburzenia orgazmu - wytrysk przedwczesny
zaburzenia w postaci bolesnych stosunków	<ul style="list-style-type: none"> - pochwica nieorganiczna - dyspareunia nieorganiczna
inne zaburzenia	<ul style="list-style-type: none"> - inne zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym - niespecyficzne dysfunkcje seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym

Tabela 2. Zaburzenia seksualne wg World Health Organisation (za: Michałowski, Michałowska, 2001)

Oto pełen wyciąg z klasyfikacji ICD 10, w którym przedstawiono zaburzenia w sferze:

F 52. zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami psychicznymi

F52. Dysfunkcja seksualna niespowodowana zaburzeniami organicznymi ani chorobą somatyczną

F52.0. Brak lub utrata potrzeb seksualnych

F52.1. Awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej

F52.1.10. Awersja

F52.1.11. Brak radosnego przeżywania

F52.2. Brak reakcji genitalnej

F52.3. Zaburzenia orgazmu

- F52.4. Wytrysk przedwczesny
- F52.5. Pochwica nieorganiczna
- F52.6. Dyspareunia nieorganiczna
- F52.7. Nadmierny popęd seksualny
- F52.8. Inne dysfunkcje seksualne bez przyczyn organicznych lub chorobowych
- F.52.9. Niespecyficzna dysfunkcja seksualna, niespowodowana przez zaburzenia organiczne ani inną chorobę.

F60-F69 ZABURZENIA OSOBOWOŚCI I ZACHOWANIA DOROSŁYCH.

F64. Zaburzenia identyfikacji płciowej

F64.0. Transseksualizm

- F64.1. Transwestytyzm o typie podwójnej roli
- F64.2. Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie
- F64.8. Inne zaburzenia identyfikacji płciowej
- F64.9. Zaburzenia identyfikacji płciowej, nieokreślone

F65. Zaburzenia preferencji seksualnych

- F65.0. Fetyszyzm
- F65.1. Transwestytyzm fetyszystyczny
- F65.2. Ekshibicjonizm
- F65.3. Oglądactwo
- F65.4. Pedofilia
- F65.5. Sadomasochizm
- F65.6. Złożone zaburzenia preferencji seksualnej
- F65.8. Inne zaburzenia preferencji seksualnej
- F65.9. Zaburzenia preferencji seksualnej, nieokreślone

F66. Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną

- F66.0. Zaburzenia dojrzewania seksualnego

- F66.1. Orientacja seksualna niezgodna z ego (ego-dystoniczna)
- F66.2. Zaburzenia związków seksualnych
- F66.3. Inne zaburzenia rozwoju psychoseksualnego
- F66.9. Zaburzenia rozwoju psychoseksualnego, nieokreślone (ICD-10, za: Michałowski, Michałowska, 2001).

Patologia seksualna w świetle prawa

Życie seksualne od zarania dziejów było poddawane reżimowi zakazów i nakazów, które wyznaczały obszar normy i patologii. Na przestrzeni lat nie istniała i nie istnieje obecnie żadna społeczność, w której reglamentacja obyczajowo-prawna nie dookreślałaby zakresu normy seksualnej. Czynności seksualne podejmowane przez człowieka zawsze podlegały ograniczeniom wynikającym z niepisanych, a później już pisanych norm. Warto przy tym podkreślić, że przepisy prawne i wynikające z nich normy nie są uniwersalne w aspekcie temporalnym, a zatem ich podstawową cechą jest zmienność. Wynikają one z szerszego kontekstu społeczno-historycznego, na który nakładają się uwarunkowania natury gospodarczej, wychowawczej, światopoglądowej. Według Imielińskiego, to co jest uważane za zboczenie w jednym społeczeństwie, części świata bądź epoce, może być uważane za normalny przejaw życia seksualnego w innym społeczeństwie, czasie czy miejscu (Imieliński, 1970, s.19). Na uwadze trzeba mieć tu również praktykę życia społecznego, która niejednokrotnie wyprzedza zmiany legislacyjne, czyniąc je zbyt wąskimi i podatnymi na zachowania oportunistyczne. Uniwersalny charakter reglamentacji przejawów seksualności dotyczy natomiast jej pochodzenia i zastosowalności. Zdaniem Filara przepisy dotyczące seksualności i życia seksualnego muszą być częścią i pochodną ogólnej reglamentacji uzewnętrznionej społecznie aktywności ludzkiej (Filar, 1985). Przede wszystkim mają one

szerokie odniesienie do sfery moralności, lecz ich regulacja dotyczy zdecydowanie węższego zakresu. Prawo karne nie aspiruje do objęcia swym zasięgiem wszystkich powinności określonych przez etykę seksualną, lecz jedynie tych, których zachowanie wydaje się niezbędne dla porządku życia społecznego (Filar, 1985, s.25).

Normy prawne odnoszące się w sposób bezpośredni lub pośredni do seksualności znajdują się przede wszystkim w kodeksie karnym (w Polsce: Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku, kodeks karny - dalej, jako k.k.; we Francji: Code penal, version consolidée au 7 janvier 2011). W polskim kodeksie karnym przestępstwa w zakresie seksualności znajdują się w rozdziale XXV pt. „Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności” (Kodeks Karny, 1997,; Szumski, 1997). Jak podkreśla Warylewski przepisy te mają na celu ochronę wolności seksualnej oraz obyczajności, przy czym część z nich chroni jedynie wolność seksualną, część obyczajność, a część obie te wartości (Warylewski, 2007). We francuskim kodeksie karnym odpowiednie przepisy znajdują się w różnych rozdziałach, między innymi w rozdziale II („Naruszenie integralności fizycznej i psychicznej drugiej osoby”), V („Naruszenie godności jednostki ludzkiej”) i VII (Szkody wobec nieletnich i rodziny”). Sama definicja przestępstw seksualnych (ang. *sex crimes*, fr. *delinquants sexuels*) nastrocza teoretykom prawa sporo trudności. Jak podaje Warylewski powszechnym i najbardziej ogólnym kryterium wyróżniania przestępstw seksualnych jest ich związek ze sferą seksualną (Warylewski, 2001). Uzupełnieniem jest tu podejście Lernella, który definiuje je jako wszystkie zachowania (wraz z ich skutkami), które są powiązane z życiem seksualnym człowieka, a jednocześnie są zakazane przez ustawodawstwo karne (Lernell, 1985). Doprecyzowaniu tego bardzo szerokiego pojęcia może służyć podział na przestępstwa seksualne (stypizowane, tzn. takie, w których przeżycia natury

seksualnej wchodzi do ustawowych znamion czynu przestępczego) i przestępstwa na podłożu seksualnym (wszystkie inne zachowania sprawcy, w których można ustalić działanie czynnika seksualnego)(Giza, za: Gapik, 1990, s. 172).

Głównym przestępstwem przeciwko wolności seksualnej, a więc wolności od wszelkiego przymusu w zakresie czynności seksualnych, jest przestępstwo zgwałcenia. Artykuł 197§1 k.k. mówi o penalizacji zgwałcenia, czyli kryminalizacji takich sposobów doprowadzenia do obcowania płciowego lub innej czynności seksualnej, jak przemoc, groźba bezprawna lub podstęp. Przemoc wiąże się z oddziaływaniem na ofiarę (tu: jednostkę słabszą z jakiegoś względu) z użyciem siły. Sprawca może też zagrozić ofierze (lub jej bliskim) pozbawieniem życia lub zdrowia. Groźba natychmiastowego naruszenia określonego dobra to groźba bezprawna. Podstęp wiąże się natomiast z próbą przełamania oporu stawianego przez ofiarę w sposób dla niej nieświadomy, na przykład przy użyciu środków odurzających (np. popularna ostatnio „tabletką gwałtu” czyli kwas gammahydroksymasłowy). Kwalifikowanymi typami zgwałcenia są zgwałcenie wspólne, które podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy niż 3 lata (197 § 3 k.k.) oraz zgwałcenie ze szczególnym okrucieństwem zagrożone karą więzienia nie krótszą niż 5 lat (197 §4 k.k.). Warylewski wskazuje, iż ochrona wolności seksualnej w tych przypadkach dotyczy decydowania o miejscu, czasie i warunkach podejmowania aktywności seksualnej, co nie wyklucza pokrzywdzenia osoby w małżeństwie lub zgwałcenia osoby trudniącej się prostytutką (Warylewski, 2007, s. 46; Lernell, 1985; Filar, 2001). Jak zaznacza Lernell - atakowaną wartością jest tu również moralność płciowa (co wymaga obecności uczucia wyższego w obcowaniu płciowym) oraz swoboda jednostki do dysponowania swoim ciałem (Lernell, 1985). W przypadku francuskiego kodeksu

karnego jako przemoc seksualną definiuje się każdy akt penetracji seksualnej pod wpływem przemocy, sprzeciwu, groźby lub zaskoczenia. Jest ona zagrożona karą 15 lat pozbawienia wolności (art. 222-23 du code pénal). Karze 20 lat pobawienia wolności podlega przemoc seksualna, w sytuacji gdy:

- jest stosowana w sposób powtarzalny lub trwały,
- ofiara jest osobą poniżej 15. roku życia,
- jest stosowana wobec osoby szczególnie wrażliwej ze względu na swój wiek, stan zdrowia, kalectwo, deficyty fizyczne lub psychiczne, stan ciąży (osoba dokonująca czynu jest tego świadoma),
- wykorzystywany jest stosunek zależności,
- przemocy dopuszcza się więcej osób jednocześnie,
- wykorzystywana jest broń lub groźba jej użycia,
- jest dokonywana ze względu na orientację seksualną ofiary,
- jest dokonywana przez małżonka, konkubenta lub osobę pozostającą w związku cywilnym (PACS)
- jest dokonywana przez osobę będącą pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających (art. 222-24 du code pénal).

Kara za przemoc seksualną rozumianą jako stosunek seksualny wzrasta do 30 lat pozbawienia wolności jeśli w jej konsekwencji dojdzie do śmierci ofiary (art. 222-25 du code pénal). Inne formy agresji seksualnej są zagrożone karą od 5 lat do 10 lat pobawienia wolności i karą od 75 000 do 150 000 Euro grzywny (art. 222-27-31 du code pénal). Inne przepisy (w tym przepisy kodeksu cywilnego) dotyczą przemocy i innych form agresji seksualnej, jeśli ma ona miejsce wobec członków rodziny.

To samo dobro prawne jak w przypadku artykułu 197 k.k., czyli wolność seksualna jest przedmiotem kolejnego artykułu: „kto, wykorzystując bezradność innej osoby lub wynikający z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do

rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, doprowadza ją do obcowania płciowego lub do poddania się (wykonania) innej czynności seksualnej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat” (art.198 kk.; Szumski, 1997)..

Kolejny typ przestępstwa wymieniany w rozdziale XXV k.k. dotyczy zachowań wykorzystujących stosunek zależności (prawny lub faktyczny) lub krytyczne położenie ofiary (art. 199 k.k.; Szumski, 1997). Sprawca korzysta w tym przypadku z sytuacji, w której zachowanie ofiary może mieć dla niej znaczące negatywne skutki z jego strony (Sokoluk, 2003). Przestępstwo tego typu kojarzone jest z molestowaniem seksualnym, które jest penalizowane jeszcze w wyższym stopniu w przypadku szkody małoletniego (art. 199 § 2 k.k.). Obcowanie płciowe z małoletnim jest przedmiotem artykułu 220 k.k., który podaje „kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej 15 lat lub dopuszcza się wobec niego innej czynności seksualnej lub doprowadza go do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pobawienia wolności od lat 2 do 12.”. Takiej samej karze podlega osoba, która w celu zaspokojenia seksualnego, prezentuje małoletniemu wykonanie czynności seksualnej. Zgodnie z artykułem 227-25 francuskiego kodeksu karnego szkody seksualne wyrządzone wobec osoby poniżej 15 roku życia bez użycia przemocy, groźby lub przymusu są zagrożone karą 5 lat pozbawienia wolności i 75 000 Euro grzywny (w szczególnych przypadkach kara ta ulega podwojeniu). Jeśli dotyczy to osoby nieletniej powyżej 15. roku życia kara wynosi 2 lata więzienia i 30 000 Euro grzywny (odnosi się do osób nadużywających władzy, stosunku zależności wobec ofiary) (art. 227-25/27 du code pénal). W tym momencie warto nawiązać do pornografii dziecięcej we francuskim kodeksie karnym. Utrwalanie, nagrywanie, przegrywanie lub udostępnianie wizerunku osoby nieletniej o charakterze pornograficznym

jest zagrożone grzywną w przedziale 75 000 Euro-100 000 Euro i karą od 5 do 10 lat pozbawienia wolności (najwyższa kara dotyczy przestępczości zorganizowanej w tym obszarze) (art. 227-23 du code pénal). Jak podkreśla Warylewski indywidualnym przedmiotem ochrony jest w tym przypadku zarówno swoboda podejmowania (z rozeznaniem) decyzji związanych z życiem płciowym, jak i obyczajność, rozumiana jako zapewnienie jednostce wolności od przykrych uczuć i doznań (Warylewski, 2007; por. Filar, 2001). Prawo francuskie wypowiada się w tym zakresie podobnie. Osoba do 15 roku życia nie jest w stanie dobrowolnie zaakceptować relacji seksualnej ani dokonać wyboru w sposób wolny i przejrzysty, to znaczy z pełną świadomością ryzyka oraz zmian cielesnych i psychicznych z tego faktu wynikających. Artykuł 225-12-1/2 francuskiego kodeksu karnego wskazuje, że fakt namawiania lub akceptacji relacji seksualnych ze strony osoby nieletniej w zamian za wynagrodzenie (lub obietnicę wynagrodzenia) podlega karze 3 lat pozbawienia wolności oraz karze 45 000 Euro. Kara wzrasta do 5 lat pozbawienia wolności oraz 75 000 Euro grzywny w zależności od okoliczności (m.in. systematyczne kontakty seksualne, wykorzystanie pozycji i stosunku nadrzędności, narażenie osoby na niebezpieczeństwo, stosowanie przemocy). Odnośnie osoby nieletniej poniżej 15 roku życia kara wzrasta do 7 lat więzienia i 100 000 Euro grzywny (art. 225-12-2 du code pénal). W rozdziale VII francuskiego kodeksu karnego (szkody wobec osoby nieletniej i rodziny) znaleźć można odniesienia do wykorzystania nowoczesnych technologii informatycznych w przestępstwach seksualnych. Fakt składania propozycji seksualnych osobie nieletniej za pośrednictwem elektronicznych środków komunikacji zagrożony karą 2 lat więzienia i grzywną w wysokości 30 000 Euro (wzrastająca do 5 lat i 75 000 Euro grzywny w sytuacji gdy propozycja skutkuje spotkaniem) (art. 222-22-1/2 du code pénal).

Oprócz przepisów prawa karnego, które pełnią szczególną rolę w regulacji zachowań seksualnych, dużą rolę odrywa tu Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (np. art. 18 Konstytucji mówi o opiece państwa nad małżeństwem, które jest rozumiane wyłącznie jako związek kobiety i mężczyzny) oraz liczne umowy i przepisy prawa międzynarodowego. Wśród nich szczególne znaczenie mają przepisy związane ściśle z ochroną podstawowych praw człowieka (dziecka), między innymi:

- Statut Międzynarodowego Trybunału Karnego z 1998 roku (art. 7, który za zbrodnie przeciwko ludzkości uznaje zgwałcenie, niewolnictwo seksualne, przymusową prostytucję, wymuszoną ciążę, przymusową sterylizację),
- Decyzja ramowa Rady Europy z dnia 22 grudnia 2003 roku dotycząca zwalczania seksualnego wykorzystywania seksualnego dzieci i pornografii dziecięcej,
- Decyzja ramowa Rady Europy z dnia 29 maja 2000 roku dotycząca zwalczania pornografii dziecięcej w Internecie,
- Konwencja z 1950 roku w sprawie zwalczania handlu ludźmi i eksploatacji prostytucji.

Dodatkowo obszar normy i patologii seksualnej dookreślają przepisy prawa cywilnego. Artykuł 10 polskiego kodeksu rodzinnego i opiekuńczego określa dolną granicę wieku umożliwiającego zawarcie małżeństwa (jest to 18 rok życia, choć z ważnych powodów sąd opiekuńczy może zezwolić ślub kobiecie, która ukończyła 16 lat). Art. 14 §1 podejmuje problem związków kazirodznych zabraniając małżeństwa krewnym w linii prostej, rodzeństwu i powinowatym w linii prostej (te ostatnie są sądownie dopuszczalne w przypadku zaistnienia ważnych powodów). Podobnie o stosunkach między krewnymi wyrażają się przepisy kodeksu postępowania cywilnego (art. 201 k.p.c). Kwestia kazirodstwa, podobnie jak problem poligamii (art. 13 §1 k.r.o) pojawia się

zresztą już w najstarszych przepisach dotyczących życia seksualnego, takich jak biblijne starotestamentowe normy prawne lub Kodeks Hammurabiego. Zgodnie z brzmieniem art. 154 Kodeksu Hammurabiego kazirodztwo w odniesieniu do stosunku syn - matka niesie za sobą konsekwencje w postaci spalenia, nieco łagodniejsze zaś w przypadku relacji ojciec - córka („jeżeli obywatel z córką miał stosunek, człowieka tego z miasta wypędzi się”). Księga Kapłańska (20,17) dookreśla „jeżeli kto weźmie swoją siostrę, córkę swojego ojca albo swojej matki i będzie oglądał jej nagość, a ona będzie oglądała jego nagość, jest to czyn haniebny, oboje będą zgładzeni w obecności synów ich ludu” (Warylewski, 2007).

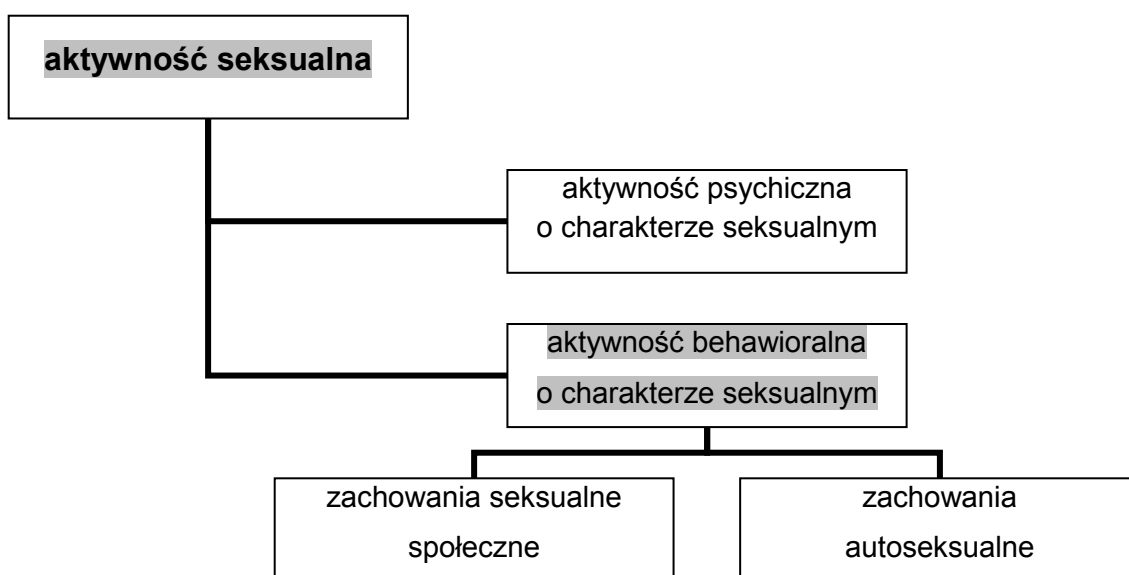
Odwołaniem do wykorzystania stosunku zależności określonego w artykule 199 § 1 k.k. są odpowiednie przepisy prawa pracy (tu skupiające się wyłącznie na stosunku pracy lub stosunku służbowym) oraz prawa międzynarodowego (np. konwencja ONZ w Sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji kobiet z 1997 roku). Artykuł 18 3a § 6 k.p. stanowi, iż „dyskryminowaniem ze względu na płeć jest także każde nieakceptowane zachowanie o charakterze seksualnym lub odnoszące się do płci pracownika, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności lub poniżenie albo upokorzenie pracownika; na zachowanie to mogą się składać fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy”.

Z uwagi na coraz większą świadomość i respektowanie praw człowieka, w tym praw seksualnych i reprodukcyjnych, jak i ze względu na postępujące skomplikowanie życia społecznego, wnioskować można o poszerzaniu w przyszłości tego aspektu regulacji prawnej.

1.2. AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA W ŚWIETLE LITERATURY

1.2.1. Definicja i podział aktywności seksualnej

W niniejszej pracy aktywność seksualna jest rozumiana jako czynności i działania ukierunkowane na osiągnięcie satysfakcji seksualnej lub do niej pośrednio zmierzające oraz działania spełniające potrzebę seksualną lub redukujące napięcie seksualne (Imieliński, 1985, s.11).



Schemat 3. Aktywność seksualna (źródło: opracowanie własne, za: Imieliński, 1985)

Na aktywność seksualną składa się:

- aktywność o charakterze behawioralnym, czyli akty regulacji stosunków z otoczeniem, których celem jest uzyskanie satysfakcji seksualnej lub redukcja napięcia,
- aktywność psychiczna o charakterze seksualnym, czyli taka, która jest zaangażowana w zaspokojenie potrzeby seksualnej i redukcję napięcia. Na aktywność seksualną o charakterze psychicznym składają się fantazje seksualne i marzenia senne (Imieliński, 1985, s.175) (por. schemat nr 3). Określenia zachowania seksualne oraz aktywność seksualna traktowane są w rozprawie tożsamo i stosowane zamiennie.

1.2.2. Aktywność seksualna w aspekcie rozwojowym

Rozwój psychoseksualny jest determinowany czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, kulturowymi, środowiskowymi. Ich wpływ jest różny w zależności od fazy rozwoju. Z uwagi na charakter niniejszej pracy, nacisk położony został na okres adolescencji i wczesnej dorosłości, jednakże do pełnego opisu funkcjonowania psychoseksualnego konieczne jest odniesienie go do pozostałych faz rozwojowych.

Aktywność seksualna w okresie dzieciństwa

Dzieciństwo, wbrew obiegowym opiniom, stanowi bardzo istotny punkt na mapie rozwoju psychoseksualnego jednostki. W okresie poprzedzającym pojawienie się pierwszych napięć psychofizycznych związanych z powstaniem potrzeby seksualnej, a więc w okresie dziecięcym (...) istnieje szereg możliwości nabywania doświadczeń, które mimo ich nieseksualnej formy stanowią jednak fragment ogólnego przygotowania człowieka do życia, poprzez wpływ na rozwój jego osobowości (Gapik, 1998, s.361). Okres dzieciństwa podnoszony jest do rangi matrycy, która integruje, organizuje i determinuje aktywność seksualną w późniejszych okresach. Ma to swoje odniesienie do teorii psychoanalitycznej Freuda i jego kontynuatorów: Lowena, Johnsona, Tysona, Kernberga (Beisert, 2006b).

W dzieciństwie, które stanowi zręby seksualności możemy wyróżnić fazy nawiązujące do klasycznej koncepcji Freuda: preedypalną - oralną (do ok. 1 r. ż.) i analną (do ok. 2 – 3 roku życia), edypalną (między 3 a 6-7 rokiem życia) oraz utajenia (latencji) (aż do okresu dojrzewania) (Freud, 1997). Reakcje seksualne pojawiają się znacznie wcześniej, bo pod koniec życia płodowego. Zdarza się, że chłopcy rodzą się z prąciem w stanie wzwodu, co powtarza się również w okresie

niemowlęcym (Sokoluk, 2003). Już od chwili narodzin dziecko, w zależności od płci, może wykazywać spontaniczne reakcje genitalne, takie jak erekcja, zwilżenie pochwy, co nie znaczy jednak, że towarzyszy im podniecenie (Saint-Pierre, Viau, 2008). Seksualność dziecka w okresie preedypalnym związana jest w głównej mierze z kontaktem z matką, która stymulując ciało dziecka i zaspokajając jego potrzeby, przejawia określony stosunek do jego płci i seksualności. Reagowanie matki na płacz dziecka, uczucie sytości towarzyszące karmieniu, dotyk, ciepło, zapach matki sprawiają, że budzi się między nimi więź emocjonalna, która jest utożsamiana z początkiem erotyzmu (Jaczewski, 1995). Doznania te mają początkowo charakter globalny, a z symbiotycznej relacji z matką rodzi się podstawowa ufność do siebie i świata, mająca w konsekwencji znaczenie dla dorosłych związków (Saint-Pierre, Viau, 2008). W pierwszych dwóch latach życia, z uwagi na osiągnięte zdolności poznawcze oraz dzięki zachowaniom odzwierciedlającym ze strony matki, u dziecka powstaje reprezentacja JA oraz świadomość własnych genitaliów (Chodecka, 2009, s.9)

Wraz z opanowaniem sztuki chodzenia i rozwojem mowy, u dziecka w wieku piętnastu miesięcy do dwóch i pół lat daje się zauważyć wzrost znaczenia sfery analnej, zarówno jeśli chodzi o zakres wrażeń, jak i o wyzwania, które się z nimi łączą. Faza analna rozpoczyna się wraz opanowaniem kontroli nad zwieraczami, co pozwala na zgodne z wolą wypróżnianie, a tym samym ukazywanie tejże woli otoczeniu (Bideau, Houdé, Pedinielli, 2009). Dziecko, które opuszcza tę fazę ma około 3 lat. Po tym czasie jednostka stopniowo uczy się dokonywać rozróżnienia ze względu na płeć, a świadomość podziału świata na mężczyzn i kobiety konstruowana jest i wzmocniana w stadium fallicznym. Ekspresja seksualna w tym okresie jest bardziej intensywna (Beisert, 2008). Dziecko wchodzi w stadium, które charakteryzuje się

dominacją sfery genitalnej. W okresie tym rozwój seksualny dziecka odbywa się pod wpływem systemu rodzinnego, dodatkowo coraz większą rolę zaczynają odgrywać rówieśnicy. Istotą rozgrywającego się w rodzinie problemu edypalnego jest zwrócenie zainteresowania seksualnego dziecka w stronę rodzica płci przeciwnej z równoczesnym nasileniem reakcji agresywnych (rywalizacyjnych) ku rodzicowi własnej płci. Z tendencjami tymi wiąże się poczucie winy za chęć wyeliminowania rodzica tej samej płci i lęk przed karą grożącą w związku z tym (u chłopców jest to tzw. lęk kastracyjny) (Bideau, Houdé, Pardinielli, 2009). Rozwiązanie problemu edypalnego wiąże się ze skierowaniem pożądania seksualnego ku właściwym obiektom przy równoczesnym zintegrowaniu rozszczepionych emocji w stosunku do rodziców (Beisert, 2006c). Dodatkowo wszelkie rywalizacyjne tendencje wobec rodzica tej samej płci przemieniają się w dążenie do identyfikacji z nim. Dla chłopca szczególnie ważna jest wówczas dostępność ojca i jego wspierająca postawa, tak by mógł on dokonać idealizacji ojca, a następnie się z nim zidentyfikować (Chodecka, 2009). W fazie edypalnej rozwija się ekspresja seksualna, czemu sprzyja osiągnięta przez dziecko dojrzałość poznawcza i emocjonalna, a także kulturowo determinowane warunki do samodzielności i nawiązywania coraz szerszych interakcji społecznych (Saint-Pierre, Viau, 2008). Dziecko rozwija zdolność do mentalnego, symbolicznego przedstawiania rzeczywistości, konsoliduje swoją tożsamość płciową, zyskuje poczucie kontroli i dumy wynikające z faktu eksperymentowania, tworzy bazę dla dorosłych interakcji międzypłciowych.

Warto w tym miejscu nadmienić, iż nie udało się odnaleźć biologicznych (neuroendokrynnych) podstaw wzrostu zainteresowania seksualnością u dziecka przedszkolnego, którą potwierdza empiria. Do najczęściej występujących w tym okresie form erotyzmu zalicza się:

masturbację wczesnodziecięcą, ekshibicjonizm dziecięcy i inne zachowania orientacyjne oraz dziecięce zabawy erotyczne, miłości dziecięce, fantazje erotyczne, dziecięce wytwory erotyczne (Beisert, 2006c; Bideau, Houdé, Pedinielli, 2009). Przejawy erotyzmu dziecięcego nie są analogiczne do zachowań osób w starszym wieku oraz przeżyć z nimi związanych. W odniesieniu do reakcji fizjologicznych może pojawić się orgazmopodobna reakcja następująca po czynnym przekrwieniu w obrębie narządów płciowych, jednak generalnie jedynym motywem pseudoseksualnych zabaw dziecięcych jest motyw poznawczy (Obuchowska, Jaczewski, 2002; Imieliński, 1985b). Warto podkreślić, że nie są one żadną wyróżniającą się bądź nietypową formą aktywności, ale stanowią integralny element na drodze do uzyskania dojrzałości psychospołecznej.

Spośród wczesnodziecięcych form erotyzmu najszerszej w literaturze opisywana jest masturbacja dziecięca. Polega ona na stymulowaniu własnego ciała - głównie obszarów erogennych - w celu uzyskania przyjemności (Beisert, 2006c). Jest to podstawowa forma zarówno dziecięcej, jak i młodzieńczej ekspresji seksualnej. Zjawisko to jest szeroko rozpowszechnione, a statystyki mówią o przedziale 20-80% osób z populacji (Beisert, 2006c; Imieliński, 1985b). Osiągnięcie odpowiedniego poziomu rozwoju psychoruchowego, eksploracja własnego ciała i odnalezienie źródeł przyjemności wiążą się z powtarzaniem zachowań masturbacyjnych. Nie są one jednak jednorodne, a kryteria ich podziału wiążą się z mechanizmem powstawania i pełnioną funkcją. Beisert wyróżnia trzy rodzaje zachowań masturbacyjnych w wieku dziecięcym:

- **masturbacja rozwojowa** - jest najbardziej powszechnym typem zachowań masturbacyjnych. U jej podłoża leży dążenie do osiągnięcia przyjemności, co odbywa się w wyniku powtarzalnego, przemijającego

z czasem drażnienia sfer erogennych (członek, łechtaczka). W wyniku eksploracji własnego ciała, obserwacji rówieśników lub przypadkowego pobudzenia w czasie czynności pielęgnacyjnych, dziecko odkrywa gratyfikujący charakter pewnych zachowań (kiwanie się, zaciskanie ud, pocieranie o sferę erogenną). Ten typ zachowań masturbacyjnych należy uznać za nieszkodliwy, rozwojowy. Przemijają one wraz z fazą edypalną, jak również w wyniku podjęcia czynności w większym stopniu nagradzającej,

- **masturbacja eksperymentalna** - u jej podłoża leży nie tylko motywacja seksualna, ale też poznawcza. Pojawia się u około 12% dzieci w wieku przedszkolnym. Odkrycie przyjemności jest tu niejako efektem ubocznym działań w obrębie własnego ciała, które traktowane jest jak przedmiot badań. Dziecko stymuluje się za pomocą rąk, bądź wyszukanych przedmiotów wkładanych do pochwy lub odbytu. Dla dziecka ten typ masturbacji jest jedną z wielu aktywności poznawczych. Nie jest tu istotny wynik, ale sam proces eksperymentowania, w związku z tym masturbacja nie ma powtarzalnego i niejawnego charakteru. W przypadku zachowań, które zagrażają zdrowiu bądź życiu dziecka, a tym samym przekraczają granice normy, wymagana jest zdecydowana interwencja dorosłych. Najwłaściwszym zachowaniem dobrze wyedukowanych opiekunów będzie w tym przypadku zakaz szkodliwych aktywności i dokładne wyjaśnienie tego stanu rzeczy dziecku,

- **masturbacja instrumentalna** - w trzecim z opisywanych mechanizmów (dotyczy około 8% populacji w tym wieku) masturbacja traktowana jest jako środek do zaspokojenia głodu emocjonalnego. Dziecko podejmuje aktywność autoerotyczną, by zaspokoić inne pozaseksualne cele: radzenie sobie ze stresem, zdobycie uwagi dorosłych (funkcja gratyfikacyjna). Dzieci z tej grupy znajdują się często w sytuacji trudnej emocjonalnie, a rozładowanie napięcia seksualnego

pozwała im na obniżenia napięcia emocjonalnego. Ten doraźny i nieskuteczny sposób rozładowania napięcia zostaje odkryty przypadkowo, czasem w wyniku naśladownictwa, czasami zaś zostaje modelowany przez dorosłych (Beisert, 2006c; Chodecka, 2009). Ten rodzaj zachowań autoerotycznych ma powtarzalny schemat, są to nierzadko zachowania demonstracyjne, które przemijają po zaspokojeniu sfrustrowanej potrzeby. Opisywany nieprawidłowy mechanizm rozładowywania napięć może być w przyszłości wykorzystywany przez dziecko w obliczu nowych wyzwań i trudności (np. masturbacja szkolna). Poznanie mechanizmów zachowań masturbacyjnych oraz ich motywów jest podstawą podejmowania decyzji co do interwencji w tym zakresie. Stosowanie kary i represyjny stosunek do zachowań autoerotycznych może spowodować lęk, poczucie winy, negatywne postawy wobec seksualności. Bardzo często zdarza się sytuacja, w której zamiast eliminowania przyczyn, dorośli koncentrują się na samym zachowaniu, powodując w efekcie jego eskalację.

Kolejną formą ekspresji seksualnej okresu dzieciństwa są zachowania orientacyjne. Po uzyskaniu pojęcia stałości płci (około 5 roku życia) dziecko dąży do odkrycia różnic w budowie anatomicznej między płciami oraz poznania ich zasadności. Sposobem na zdobycie owych informacji jest obserwacja (dzieci, dorosłych, rysunków, zwierząt) i samoobserwacja, uczestniczenie w czynnościach pielęgnacyjnych, jak również podglądanie, demonstrowanie własnych narządów płciowych (ekshibicjonizm dziecięcy), kradzieże części rodzicielskiej garderoby (fetyszyzm dziecięcy), przebieranie się w odzież płci przeciwnej (transwestytyzm dziecięcy), imitowanie kontaktów seksualnych za pomocą zabawek i inne (Beisert, 2006d; Obuchowska, Jaczewski, 2002, Saint-Pierre, Viau, 2008). Zainteresowanie własnym ciałem i genitaliami jest naturalne dla tego etapu rozwojowego. Dla zdobycia informacji

o przeznaczeniu różnic anatomicznych dziecko kieruje w stronę otoczenia cały szereg pytań dotyczących współżycia seksualnego i jego istoty. Zdobywanie wiedzy w tym zakresie i dzielenie się nią w ramach obnażania jest dla dziecka źródłem satysfakcji, a dla dorosłego okazją do wychowawczo adekwatnej reakcji. Pytania na temat płciowości pełnią, oprócz funkcji informacyjnej, również funkcję wzajemnej konfrontacji (swoisty sprawdzian zaufania do osoby odpowiadającej), więziotwórczą oraz związaną z uspokojeniem, minimalizowaniem lęku i budowaniem wsparcia (Waszyńska, Skowroński, 2004; Krzywicka, 1994). Niezwykle istotne okazuje się merytoryczne i komunikacyjne przygotowanie rodziców do tego zadania. Czas przekazania informacji (zgodnie z zasadą informowania wyprzedzającego), atmosfera rozmów o seksualności i ujawniające się w tle postawy wobec omawianych zagadnień, mają istotny wpływ na dalsze psychoseksualne funkcjonowanie dziecka (Beisert, 1991; Chomczyńska-Miliszkievicz, 2002).

Kolejnym przejawem erotyzmu dziecięcego są zachowania interakcyjne. Wymagają one osiągnięcia wyższego poziomu dojrzałości, wiążą się bowiem z relacją, której tematem jest seksualność. Posługiwanie się symbolami, stosowanie reguł i ustanawianie celu grupowego pozwala na dziecięce zabawy seksualne. Obok funkcji podstawowej (osiąganie przyjemności) pozwalają one na nawiązanie interakcji seksualnej z osobą równą sobie (relacje równoległe), eksplorowanie ciała i ekspresję emocji (Beisert, 2006c). Jako składowa procesu podejmowania roli płci, dostarczają wiedzy i stają się szkołą interakcji jeszcze nie erotycznych, ale już naśladowujących interakcje erotyczne. Zabawy seksualne wieku dziecięcego można pogrupować w kilka rodzajów. Najczęstsze są zabawy naśladowujące zaobserwowaną wcześniej aktywność seksualną innych ludzi. Wśród „odgrywanych”

przez dzieci tematów dominuje zabawa w narzeczeństwo, mamę i tatę, lekarza, szpital, pielęgniarkę, królewicza i królową, striptiz (Obuchowska, Jaczewski, 2002; Sokoluk, 2003; Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994). Kolejny typ zabaw wiąże się z odtwarzaniem sytuacji pozaseksualnych. Dzieci naśladują aktywność najbliższych (lub zaobserwowaną w mediach), która wiąże się z dotykiem, intymnością, obnażaniem ciała. Stają się one okazją do eksponowania i eksplorowania ciała, a tym samym uzasadnieniem do przekraczania tabu seksualnego. Nie należy podchodzić do tych zabaw restrykcyjnie, gdyż wiąże się to z ryzykiem kształtowania negatywnych postaw wobec seksualności lub przemiany motywacji poznawczej na seksualną. Specyficznym typem zabaw erotycznych są zabawy odreagowujące. Pojawiają się one wśród dzieci, które przeżyły traumę (wykorzystywanie seksualne, operacje narządów płciowych, długotrwała hospitalizacja). Powtarzanie tej sytuacji w warunkach bezpiecznych, być może nawet ze zmianą ról, ma na celu obniżenie napięcia emocjonalnego. Główną funkcją zabaw seksualnych jest w tym wypadku radzenie sobie ze stresem. Odtworzenie sytuacji trudnej wraz ze zmianą scenariusza albo samo jej przeżywanie po kilka razy powoduje adaptację do bodźców, obniża ich ujemny ładunek emocjonalny, wzmacnia kontrolę. Może jednak stwarzać pewne zagrożenie, np. odtwarzanie traumy związanej z uszkodzeniem fizycznym stwarza groźbę kolejnego uszkodzenia. Zabawy erotyczne najbardziej intensywnie podejmowane są przez dzieci w wieku przedszkolnym. W wieku szkolnym ulegają one zubożeniu, wówczas też ich istotą stają się wzajemna masturbacja lub imitacja stosunków seksualnych (Lew-Starowicz, 2000).

Kolejną formą aktywności seksualnej w okresie dzieciństwa jest twórczość dziecięca. Wykorzystanie mechanizmu projekcji pozwala dziecku w sposób bezpieczny ujawnić treści objęte zakazem, albo zbyt

trudne do wyrażania wprost. Stanowiąc ujście dla nieświadomych pragnień, twórczość dziecięca jest zarazem przydatnym narzędziem diagnostycznym. Składają się na nią rozmaite rysunki, wierszyki, wyliczanki, ulepianki o eksponowanych cechach płci (Beisert, 2006c). Wytwory te pojawiają się najczęściej na etapie naturalizmu w rysunkach dziecięcych około 5. roku życia, a następnie samoistnie zanikają (Obuchowska, Jaczewski, 2002).

Do form dziecięcego erotyzmu zaliczyć można również miłość dziecięcą, obserwowaną niekiedy u dzieci w wieku przedszkolnym (Sokoluk, Andziak, Trawińska, 1987). Charakterystyczne są w tym przypadku silne, ograniczone do jednego obiektu (zazwyczaj płci przeciwnej) uczucia o pozytywnym znaku. Przypomina to stan zakochania, co przejawia się w permanentnym dążeniu do przebywania z tą osobą, obdarowywaniu prezentami, przejawianiu zazdrości, zawieraniu „małżeństw” (Obuchowska, Jaczewski, 2002, Imieliński, 1985b).

Kolejną formą erotyzmu dziecięcego są fantazje erotyczne, typowe dla wieku dorastania, ale występujące we śnie lub na jawie już w okresie dzieciństwa (Obuchowska, Jaczewski, 2002; Imieliński, 1985b). Obecne u małego dziecka fantazmaty erotyczne definiuje się jako mentalną percepcję, która ma związek z erotycznym pobudzeniem dziecka i pozwala mu odpowiedzieć na nurtujące je pytania (Saint-Pierre, Viau, 2008, s.68). Mogą one wynikać z nadmiernie erotyzującego wychowania, dla badaczy o orientacji psychoanalitycznej są natomiast przejawem tłumionych dążeń seksualnych. Zwraca się również uwagę na erotyzujący charakter przekazów medialnych, które nierzadko pozostają poza kontrolą rodzicielską i w sprzeczności z przekazywanymi w domu wartościami. Ze względu na istniejące ryzyko eskalacji owych fantazji oraz nadmiernej koncentracji dziecka na sprawach płci i wytworzonego

na tej podstawie nieprawidłowego sposobu rozładowania napięcia seksualnego powinny być one minimalizowane.

Po okresie edypalnym treść zainteresowań dziecka przenosi się z płaszczyzny seksualnej na inne obszary związane z rosnącymi wymaganiami edukacyjnymi i społecznymi. Jest to tak zwana faza latentna. Poprzedza ona czas wielkich przemian w okresie dorastania. Naturalne popędy ulegają osłabieniu, dobrze umocowane Superego jest zdolne do akceptacji ograniczeń płynących ze świata społecznego, a ciekawość seksualna przekształca się w ciekawość intelektualną. Dodatkowo energia i zainteresowania seksualne zostają - na drodze sublimacji - skanalizowane i skierowane na cele akceptowane przez otoczenie (Saint-Pierre, Viau, 2008). Zabawy seksualne stopniowo przekształcają się w zabawy symboliczne, które angażując grupę osób tej samej płci odnoszą się już do bardziej zróżnicowanych tematów.

Aktywność seksualna w okresie dorastania

Dorastanie to okres psychicznej reorganizacji, mającej na celu przystosowanie jednostki do zmian natury biologicznej towarzyszących dojrzewaniu (Jasiński, 2008, s. 27). Charakterystyczny dla tej fazy proces dojrzewania płciowego rozpoczyna się dziewcząt w wieku około 11. roku życia i trwa około 4 lat, u chłopców zaś rozpoczyna się około 12. roku życia i kończy się 6-7 lat później. W tym okresie wyróżnia się fazę przedpokwitaniową, pokwitania właściwego i młodzieńczą, których efektem jest uzyskanie dojrzałości biologicznej. Z punktu widzenia omawianej problematyki ważny jest moment uzyskania dojrzałości płciowej, która pojawia się około 2 lata po pierwszej miesiączce (łac. *menarche*) i pierwszej ejakulacji (łac. *ejacularche*) u chłopców.

W okresie dorastania rozwija się potrzeba seksualna i gromadzone są doświadczenia seksualne. Potrzeba seksualna to

właściwość ludzkiego organizmu polegająca na okresowym powstawaniu specyficznego napięcia psychofizycznego możliwego do zredukowania poprzez podjęcie czynności dających satysfakcję seksualną (Gapik, 1990). W trakcie rozwoju potrzeby seksualnej bardzo istotne są następujące procesy: proces konkretyzacji, mentalizacji i socjalizacji. Proces konkretyzacji potrzeby seksualnej prowadzi do ukształtowania indywidualnych preferencji seksualnych. Proces ten wiąże się ze stopniowym minimalizowaniem zachowań nieefektywnych, a tym samym powtarzaniem zachowań najbardziej skutecznych z punktu widzenia wzrastającej satysfakcji seksualnej. Proces mentalizacji potrzeby seksualnej związany jest ze świadomością istnienia własnej potrzeby seksualnej i wiedzą o najefektywniejszych sposobach jej zaspokajania (wiedzą o indywidualnych preferencjach seksualnych, o przedmiocie potrzeby i możliwych sposobach jej zaspokojenia). Proces socjalizacji, to proces w którym indywidualne sposoby zaspokajania potrzeby seksualnej zostają podporządkowane wymaganiom społecznym wynikającym z porządku prawnego i kulturowo-obyczajowego (Gapik, 1990; Cendrowski, Trawińska, 1996; Obuchowska, Jaczewski, 2002).

Dorastanie postrzegane jest jako pomost między seksualnością dziecięcą, a seksualnością człowieka dorosłego. Jego efektem ma być osiągnięcie przez jednostkę satysfakcji i samorealizacji. Cechą wyróżniającą ten okres od innych jest dążenie jednostki do zaspokojenia gwałtownie narastającego podniecenia płciowego. Widoczna od wielu pokoleń akceleracja rozwoju biologicznego prowadzi do coraz wyraźniej rysującej się rozbieżności między dojrzałością fizjologiczną, a brakiem psychologicznej i społecznej gotowości do zachowań seksualnych (Obuchowska, Jaczewski, 2002; Imieliński, 1985). W początkowej fazie dorastania zauważalna jest dezintegracja między uczuciowością, a podnieceniem i pożądaniem (Zaitsev, 2006; Moczuk, 2004; Beisert,

2006e). Jest to szczególnie charakterystyczne dla dorastających chłopców, u których wystąpić może tendencja do nadmiernego akcentowania pragnienia zaspokojenia potrzeby seksualnej, co staje się jedynym motywem nawiązywania relacji (Le Gall, Le Van, 1999). Nierzadko jest to wzmacniane przez przekazy socjalizacyjne wtłaczające chłopców w określony skrypt zachowania seksualnego i jego motywacji. Dezintegracja emocjonalno-popędowa wyrażać się może poprzez demonstracyjne zaprzeczanie seksualności (Beisert, 2006d) lub zwrócenie się ku osobom-mentorom. Ważnym aspektem szybko zachodzących zmian w organizmie adolescenta jest trudność ich akceptacji i kontroli nad nimi. W związku z tym uruchamiane są liczne mechanizmy obronne, takie jak przemieszczenie na pozarodzinne źródła zaspokojenia, projektowanie na idealnego partnera obrazu rodzica, odwrócenie afektu (także negatywne emocje skierowane ku sobie), wycofanie obsadzenia z obiektów na siebie (egocentryzm, narcyzm, tendencje hipochondryczne) (Jasiński, 2008).

W początkowej fazie aktywność seksualna adolescentów może cechować się niedojrzałością, sztywnością, nieuporządkowaniem i niepohamowaniem. Zarówno w aspekcie fizycznego, jak i psychospołecznego funkcjonowania zauważalne są istotne różnice między płciami, które wynikają z odmiennego tempa rozwoju. U chłopców potrzeba rozładowania seksualnego jest biologicznie znacznie bardziej nasiloną niż u dziewcząt. Zdolność przeżywania orgazmu (równoległe do ejakulacji) wyprzedza u nich dojrzałość psychiczną i społeczną (Długolecka, 2008). Również zewnętrzny wyraz potrzeby seksualnej napotyka na większe przyzwolenie społeczne (Obuchowska, Jaczewski, 2002, s.87; Jaczewski, 1995). Chłopcy chętnie podejmują jawne formy wstępnych zachowań seksualnych, takie jak zachowania ekshibicjonistyczne, które wiążą się z oglądaniem,

dotykaniem i porównywaniem narządów płciowych. Pojawia się tu zainteresowanie treściami pornograficznymi i coraz bardziej wyrafinowane zabawy seksualne (czasem do erekcji wystarczy sam kontakt dotykowy) (Beisert, 2006d). W drugiej połowie okresu dorastania (po ok. 14 roku życia) rośnie wiedza chłopców o zachodzących w nich przemianach, a tym samym zachowania seksualne stają się coraz bardziej świadome. Napięcie seksualne w tym okresie charakteryzuje się dużą siłą, uogólnionym charakterem i łatwością rozładowywania (Beisert, 2006d). U dziewcząt potrzeba seksualna jest w tym okresie na ogół mniej uświadomiona i uzewnętrznia się pośrednio, poprzez potrzeby uczuciowe. Osiągają one dojrzałość seksualną później, a tylko 23% dziewcząt osiąga orgazm do 15 roku życia. (Długołęcka, 2008). Erotyzację psychiki kobiety poprzedzają potrzeby potwierdzenia własnej atrakcyjności, posiadania sympatii i więzi uczuciowej (Chomczyńska-Miliszkiwicz, 1999, s.65). Stąd też dążenie nastolatek do stworzenia relacji opartej na przyjaźni, zaufaniu i bliskości (Izdebski, 2010). U przedstawicieli obydwu płci aktywność seksualna przechodzi od form wstępnych, niedojrzałych do form coraz dojrzałych. Część form ekspresji seksualnej jest kontynuacją i rozbudowaniem tych z okresu dzieciństwa. Dotyczy to na przykład dziennych fantazji erotycznych, w których pojawia się wyobrażenie partnera, adoracji, pieszczot lub stosunku, co wiąże się z fizjologicznymi objawami podniecenia (erekcja brodawek sutkowych, erekcja członka) (Imieliński, 1985b; Sokoluk, 2003). Według badań Lew-Starowicza w trakcie masturbacji o drugiej płci fantazjuje 77,0% chłopców i 31 % dziewcząt. Jeśli chodzi o fantazje o treści homoseksualnej, to ujawnia je 4, % chłopców i 27 % dziewcząt. Znacznie większa grupa dziewcząt przyznaje się również do fantazji

o osobach obu płci (dziewczęta - 39 %, chłopcy - 13 %, (Lew- Starowicz, 1990).

W okresie adolescencji napięcie seksualne jest często rozładowywane w postaci polucji i orgazmów nocnych. Istotą nocnego orgazmu u kobiet (...) jest pojawienie się w czasie snu zmian napięcia mięśni na obwodzie ciała, erekcji łechtaczki, skurczów całego zespołu mięśni w obrębie narządów płciowych oraz wydzielania śluzowatej cieczy w pochwie i przedsionku pochwy. Analogicznie, u chłopców pojawiają się polucje (zmazy) nocne. Są to mimowolne wytryski nasienia, które zwykle towarzyszą snom o treści erotycznej i mogą wiązać się z pierwszym przeżyciem orgazmu (Imieliński, 1985b, s.83). Orgazmy nocne są zjawiskiem fizjologicznym, znamionującym dojrzałość płciową, choć nierzadko spotykają się z restrykcyjną postawą dorosłych. U chłopców w okresie dorastania mogą pojawić się również wytryski dzienne (przy zachowanej świadomości) pod wpływem bodźców emocjonalnych (strach, wzruszenie) lub mechanicznych (ucisk bielizny) niezwiązanych z seksem.

Głównym sposobem minimalizowania napięcia seksualnego jest dla adolescentów masturbacja. Masturbacja jest formą autostymulacji, która polega na wywołaniu podniecenia i rozładowania napięcia seksualnego bez udziału partnera. Polega najczęściej na stymulacji narządów płciowych (członka u chłopców, łechtaczki u dziewcząt), rzadziej na drażnieniu innych okolic ciała (np. piersi), a jeszcze rzadziej ma charakter jedynie wyobrazeniowy i przeprowadzana jest bez dotyku (Obuchowska, Jaczewski, 2002; Beisert 2006 d; Imieliński, 1985b). Niekiedy młodzież (podobnie jak ludzie dorośli) do masturbowania się używa przeróżnych przedmiotów przygodnie znalezionych lub celowo do tego przygotowanych. Z relacji osób badanych wynika, że w okresie dorastania masturbację podejmuje

większość chłopców (60-90% w zależności od badań) i spora część dziewcząt (40%-75%) (Izdebski, 1992, 2001; Obuchowska, Jaczewski, 2002; Imieliński, 1985b). Różnica między płciami może wynikać nie tylko z silniejszego pobudzenia seksualnego chłopców, ale też z większej akceptacji społecznej dla seksualizmu nastoletnich chłopców.

W ocenie masturbacji brany jest pod uwagę jej przejściowy charakter, a także okoliczności, w jakich znajduje się uprawiająca ją osoba. Jako forma przejściowa poprzedzająca inne, bardziej dojrzałe zachowania seksualne, masturbacja uznawana jest za zgodną z normą rozwojową (por. Beisert, 2006d; Jaczewski, 1995). Dodatkowo, w innych okresach życia może ona pełnić funkcję zastępczą w sytuacji okresowego braku, nieobecności lub niedostępności partnera. W okresie adolescencji jej nasilenie jest skorelowane z brakiem środowiskowego wsparcia w rozwoju psychoseksualnym. W sytuacji niedostatku wzorców i norm w obszarze seksualności, masturbacja może pełnić rolę kompensacyjną w zakresie kształtowania schematu ciała, a także rolę w rozładowaniu napięcia związanego z pojawiającymi się impulsami seksualnymi i nasilonym lękiem kastracyjnym (Chodecka, 2009). Przyjmuje się, że masturbacja jest formą wzbogacającą doświadczenia seksualne, a z punktu widzenia rozwoju seksualnego ważne są towarzyszące jej marzenia oraz bodźce prowadzące do uzyskania orgazmu. Istotne jest, aby były one adekwatne do rzeczywistości i przynajmniej w przybliżeniu odpowiadały cechom pełnego dojrzałego kontaktu erotycznego (Gapik, 1998, s.362). Nie zawsze jednak masturbacja wpływa pozytywnie na dalszy przebieg psychoseksualnego funkcjonowania jednostki. W literaturze wymieniane są formy masturbacji wykraczające poza obszar normy:

- masturbacja nałogowa związana z przymusem, rytualizacją, nadmierną częstotliwością - może ona pojawić się u osób, u których masturbacja

młodzieńcza utrwaliła się, jako dominująca lub jedyna forma obniżania napięć. Jej dostępność, natychmiastowy skutek i całkowita nad nią kontrola powodują, że może nabrać cech mechanizmu obronnego i być podstawą uzależnienia. Ten mechanizm może zaistnieć u osób z zaburzoną osobowością lub u osób niepełnosprawnych intelektualnie, dla których masturbacja stanowi jedyną możliwość osiągnięcia zaspokojenia seksualnego,

- masturbacja o dziwacznym schemacie - związana jest z rozładowywaniem napięcia seksualnego w sposób nietypowy, dziwaczny lub utrudniający w przyszłości wkomponowanie go w aktywność diadyczną. Taki sposób uprawiania masturbacji - zgodnie z prawem pierwszych skojarzeń - może tworzyć związki odruchowo-warunkowe, które w przyszłości będą musiały być odtworzone dla osiągnięcia orgazmu (Imieliński, 1985b, s.113). Można wymienić tu masturbację z wykorzystaniem przez kobietę strumienia wody w celu pobudzenia łechtaczki (tzw. zespół Havelock - Ellisa). Ze względu na konstruowanie nietypowych sposobów zaspakajania popędu seksualnego oraz łączenie elementów masturbacji w pewien powtarzalny łańcuch rytuałów (zespół zakodowanych reakcji seksualnych, którego wypełnienie jest niezbędnym warunkiem osiągnięcia satysfakcji) ten rodzaj masturbacji bywa niebezpieczny (Imieliński, 1985b). Wprowadzenie partnera do tak wyuczonej czynności grozi osłabieniem odczuwanej przyjemności, jest zaburzeniem wyuczonego schematu, w efekcie wywołuje chęć wyeliminowania czynnika zakłócającego, czyli partnera (Beisert, 2006d, s. 161; por. Obuchowska, Jaczewski, 2002),
- masturbacja zagrażająca zdrowiu i życiu, związana z doznawaniem cierpienia. Wśród zachowań przekraczających normę medyczną Beisert wymienia: *adolescent sexual asphyxia syndrome* (osiąganie podniecenia poprzez podwieszania się), *klismafilię* (osiąganie

podniecenia przez wykonywanie lewatyw z użyciem szkodliwych substancji), *stigmatofilię* (osiąganie przyjemności przez nakłuwanie własnego ciała), *apotemnofilię* (osiąganie przyjemności przez dążenie do samouszkodzenia) (Beisert, 2006d). W literaturze przedmiotu podkreśla się dodatkowo ryzyko natury psychologicznej związane z masturbacją, o ile towarzyszące jej fantazje zawierają treść patologiczną. Może to wiązać się z już istniejącymi skłonnościami dewiacyjnymi przejawiającymi się w fantazjach lub z niebezpieczeństwem utrwalenia nieprawidłowego kierunku popędu płciowego (Obuchowska, Jaczewski, 2002, s.95; por. Jaczewski, 1995). Poza tym masturbacja może wiązać się z odczuciem emocji o ujemnym znaku (lęk, wstyd, poczucie winy), które mogą zostać zgeneralizowane na postawy wobec seksualności, a w skrajnych przypadkach prowadzić do nerwic seksualnych (Imieliński, 1985b). Inne niepokoje związane z masturbacją koncentrują się wokół onanizmu ekscesywnego i masturbacji zbiorowej (Imieliński, 1995b, Jaczewski, 1995).

Poza aktywnością autoerotyczną w młodości pojawiają się pierwsze miłości i relacje seksualne. Miłość młodzieńcza, choć z punktu widzenia dorosłych niedojrzała, stanowi niezwykle istotny etap na drodze do poznania siebie, potrzeb własnych i partnera oraz adekwatnych sposobów ich zaspokajania. Formy przejawiania tej miłości mogą być bardzo różne, od miłości platonicznej, romantycznej, po burzliwe związki zaangażowane w aktywność seksualną. Nierzadko są to związki krótkotrwałe, oparte na idealizacji partnera i związane z silnym przeżywaniem rozstania.

Przejawem wyższego (w odniesieniu do autoerotyzmu) poziomu rozwoju erotycznego młodego człowieka jest petting, który wiąże się z aktywnością dwojga partnerów. Petting polega na osiągnięciu orgazmu w wyniku stymulacji przez partnera (pocałunki, głaskanie, dotyk - także

narządów płciowych), co jednak wyklucza stosunek płciowy (Jaczewski, 1995). Niektórzy autorzy dzielą petting na dwie formy: pieszczoty genitalne (wobec nich stosuje się nazwę petting, *ang.genital petting*) i pieszczoty mniej zaawansowane, obejmujące stymulację górnej części ciała (głównie piersi, szyję) określane jako necking (Beisert, 1991, 2001; Imieliński, 1985b). Według badań jest to popularna forma aktywności seksualnej wśród nastolatków. Procentowy udział nastolatków uprawiających petting i necking mieści się w granicach 75% (Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994). Średni wiek rozpoczynania pettingu u dziewcząt przypada na około 17/18 rok życia, natomiast chłopców na 16/17 rok życia (Izdebski, 1992). Petting, jako namiastka aktywności genitalnej i swoiste do niej preludium, pozwala na poznanie odmienności płciowej, wrażliwości, uczuć, mapy erogennej partnera, ale również własnej reaktywności. Jest to trening interakcji erotycznej, sposób na nawiązanie pierwszych kontaktów erotycznych, budowanie partnerstwa, a tym samym zminimalizowanie niedojrzałych i egoistycznych zachowań we współżyciu seksualnym. Z punktu widzenia konsekwencji ryzykownych zachowań seksualnych jest to również forma moratorium i zabezpieczenia młodzieży. Aby jednak można uznać petting za aktywność rozwojową, budowanie więzi w wymiarze uczuciowym powinno wyprzedzać o krok tworzenie więzi w aspekcie zmysłowym (Sokoluk, 2003).

W okresie dorastania formą przygotowania do wchodzenia w związki partnerskie stają się czasem kontakty homoseksualne, charakterystyczne zresztą dla fazy określanej jako homofilna (Długołęcka, 2008). Zachowanie w tej fazie polega na skupieniu wokół przedstawicieli tej samej płci przy jednoczesnym nastawieniu antagonistycznym wobec płci przeciwnej (Sokoluk, Andziak, Trawińska, 1987). Jeśli faktycznie wiąże się to z orientacją homoseksualną, to

proces uświadamiania i samoakceptacji może być długotrwały. Typową reakcją dla homoseksualnych nastolatków jest zinternalizowana homofobia, oscylowanie między całkowitą izolacją i depresją, a zachowaniami promiskuitywnymi (Długołęcka, 2008).

Oddzielona wyraźnie od zachowań w fazie homofilnej, orientacja homoseksualna dotyczy niewielkiego ułamka całej populacji. Jeżeli pod pojęciem homoseksualisty rozumie się osobę, która miała doświadczenie erotyczne (zakończone orgazmem) z przedstawicielem tej samej płci, to wskaźnik takich osób w populacji wynosiłby odpowiednio 5-10% u mężczyzn i 1-3% u kobiet. Jeżeli natomiast przyjmie się, że homoseksualizm oznacza erotyczne preferencje (mniej lub bardziej wyłączne) wobec przedstawiciela swojej płci, to 1- 4% mężczyzn byłoby gejami, a około 1% kobiet - lesbijkami (Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., 1999, s.12). Osoby o orientacji homoseksualnej podejmują takie formy aktywności seksualnej, jak stosunek oralny, analny, co nie wyklucza jednak kontaktów waginalnych, szczególnie w okresie dorastania i wczesnej dorosłości.

Pozostała część populacji kieruje swoje zainteresowania w kierunku płci przeciwnej. W tej grupie kolejnym krokiem świadczącym o rozbudowie kontaktów diadycznych jest stosunek genitalny (koitalny, waginalny). Z przeprowadzonych w wielu krajach badań dotyczących wieku inicjacji seksualnej wynika generalna tendencja do jego obniżenia. W Polsce wedle statystyk średni wiek inicjacji seksualnej to 18,1 dla mężczyzn i 18,8 dla kobiet (Izdebski, 2006). Na przestrzeni lat średni wiek nie zmienił się znacząco, natomiast rozszerzył się przedział wiekowy, co pozwala wysunąć wniosek o większej liczbie coraz młodziej inicjujących osób oraz osób utrzymujących przez długi czas abstynencję seksualną. Dane przedstawione przez Lew-Starowicza wskazują, że około 6% osób inicjuje aktywność seksualną do 10 roku życia

(Lew-Starowicz, 1999). Zgodnie z teorią uczenia się pierwsze doświadczenia mają ogromny wpływ na kolejne doświadczenia w przyszłości. Sama inicjacja seksualna jest ważna, ponieważ na drodze rozwoju psychoseksualnego stanowi pierwsze pełne doświadczenie seksualne. Dla późniejszego funkcjonowania seksualnego człowieka dobrze byłoby, aby jego przeżycia i wszystkie okoliczności związane z inicjacją były jak najbardziej korzystne (Gapik, 1998, s.364). Dlatego też istotny jest nie tylko wybór partnera inicjacji seksualnej, ale także odpowiedni dobór czasu i miejsca, przygotowanie nastolatków na możliwość „trudności” towarzyszących inicjacji (brak orgazmu, wytrysk wczesny itp.). Jak wynika z badań Izdebskiego okoliczności „pierwszego razu” nie zawsze są optymalne z punktu widzenia dalszego rozwoju seksualności nastolatków. Najczęściej ma ona miejsce w mieszkaniu chłopaka lub dziewczyny pod nieobecność rodziców (33,1%). Dostyc często do inicjacji dochodzi na łonie natury (11%) lub pod namiotem (9,7%) (Izdebski, 1992). Jest to istotne ze względu na fakt, że warunki zewnętrzne (miejsce, muzyka, zapachy) mogą w znacznym stopniu wpływać na tworzenie późniejszych nawyków i upodobań. Z punktu widzenia promocji zdrowia seksualnego istotne są wyniki wskazujące na spontaniczność aktu inicjacji, która nieplanowana i nagła ma zawsze bardziej ryzykowny charakter (Beisert, 2006d). W świetle badań dominującym motywem inicjacji seksualnej jest u chłopców rozkosz, potem miłość i ciekawość. Zmienia się to na korzyść miłości wraz z podwyższeniem wieku inicjacji (Sokoluk, s.139, por. Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994; Grodzki, 1994). Dziewczęta wskazują na miłość (75%) jako powód rozpoczęcia współżycia seksualnego, co w wielu sytuacjach wiąże się z nadzieją na odwzajemnienie tego uczucia przez partnera (45%) (Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994, s.104). Badania Jundziłł pokazują, że bez względu na płeć adolescenti zauważają

potrzebę integracji uczucia miłości z inicjacją seksualną, co w zestawieniu z faktycznym motywem inicjacji uwypukla rozdźwięk między sferą wartości deklarowanych i rzeczywiście realizowanych (Jundziłł, Pawłowska, 1999). Dodatkowo, porównanie motywów inicjacji seksualnej ze względu na kraj pochodzenia wskazuje na istotne różnice, co można tłumaczyć względami socjalizacyjno - kulturowymi (Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994).

Norma rozwojowa w odniesieniu do okresu adolescencji

W analizie zdrowia seksualnego szczególnie istotne stają się kryteria normy dostosowane do poszczególnych okresów rozwojowych. Seksualność poddana jest rytmowi biologicznych przemian, w związku z czym również i sfera jej normowania powinna to brać pod uwagę. Przy ocenie zachowań seksualnych dzieci i młodzieży, normy wyodrębnione na gruncie seksuologii bardzo często okazują się nieprzydatne, gdyż odnoszą się do ustabilizowanego poziomu funkcjonowania w okresie dorosłości. Dodać do tego trzeba rozwojową zmienność seksualnego funkcjonowania oraz niedojrzałość ekspresji w tym okresie. Również omawiany w innej części dysertacji podział na dewiacje i zboczenia nie może być literalnie przeniesiony na grunt analizy zachowań dzieci i młodzieży. Jak zauważają Obuchowska i Jaczewski: w stosunku do dzieci, których osobowość podlega intensywnemu rozwojowi, a zachowanie jest w znacznym stopniu wyznaczone sytuacyjnie, trudno w ogóle mówić o dewiacjach, a tym bardziej o perwersjach (Obuchowska, Jaczewski, 2002, s.118).

Seksualne zachowania dzieci i młodzieży należy analizować mając na uwadze prawidłowości związane z konkretną fazą rozwojową. Jak podkreśla Sokoluk - norma rozwojowa w odniesieniu do zachowań seksualnych opisuje m.in. ich obraz, pojawienie się (bądź nie)

w poszczególnych fazach rozwoju, typowe formy aktywności seksualnej, ich kolejność i ewentualny związek z innymi formami aktywności charakterystycznymi dla danej fazy rozwoju (...) (Sokoluk, 2003, s.110). Za każdym razem przy ich ocenie należy brać pod uwagę ich kontekst rozwojowy oraz dynamikę. Z pomocą przychodzi tu podejście polegające na wyodrębnieniu kilku kryteriów do jednoczesnego stosowania. Wypełnienie tych wszystkich kryteriów (lub też niezbędnego minimum) decyduje o zakwalifikowaniu zachowania do normy rozwojowej. Pozwala to na trafną diagnozę, a zarazem zrozumienie zjawisk z zakresu seksualności dzieci i nastolatków. Według Beisert aktywność seksualna dziecka i nastolatka mieści się w granicach normy, jeżeli:

- nie utrudnia realizacji zadań rozwojowych przewidzianych dla tego okresu (kryterium to ma głównie charakter ilościowy). Za zgodne z normą uznawane są takie zachowania, które nie ograniczają/nie utrudniają realizacji innych zadań rozwojowych (np. związanych z nauką) oraz nie dominują innych form aktywności. Do normy należy nasilone zaabsorbowanie seksualnością w fazie dorastania, wykluczone natomiast są zachowania o cechach natręctw,
- mieści się w repertuarze zachowań seksualnych charakterystycznych dla danego wieku. Zachowania, które mogą zostać zinterpretowane jako dewiacyjne (na przykład voyeuzyzm u nastolatków) zawsze należy odnieść do prawidłowości rozwojowych (tu: wiedzy o dysharmonii w rozwoju układu poznawczego, emocjonalnego i hormonalnego u nastolatków),
- dokonuje się między osobami będącymi w zbliżonym wieku. W kryterium tym istotna jest pozycja osób podejmujących zachowanie seksualne. Chodzi o przynależność do tej samej kategorii rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego. Kryterium to pozwala

ograniczyć niebezpieczeństwo zachowań pod przymusem, z pozaseksualnej motywacji, pod wpływem manipulacji i tym podobnych. Dodatkowo spełnienie kryterium podobnego wieku zwiększa szansę na podejmowanie zachowań typowych dla tej fazy rozwojowej,

- oparta jest na zasadzie dobrowolności. Do mieszczących się w granicach normy zaliczyć można tylko takie zachowania, które są wolne od agresji, przymusu, przemocy. Zgoda na zachowanie seksualne nie może być wymuszona żadnymi okolicznościami, co dotyczy zarówno partnera dorosłego, jak i dziecka (Waszyńska, Skowroński, 2001),
- prowadzi do realizacji celów seksualnych (rozładowanie napięcia seksualnego). W opisie tego kryterium należy podkreślić, że w przypadku dzieci i nastolatków zachowania seksualne mają często charakter polimotywacyjny. Dążeniu do przeżycia przyjemności i obniżenia napięcia seksualnego towarzyszy motywacja poznawcza (ciekawość), pragnienie zdobycia lepszej pozycji, nawiązania lub podtrzymania więzi. Najważniejszym celem zintegrowanej seksualności jest rozładowanie napięcia seksualnego, pogłębienie więzi. Z obszaru normy wykluczone są zachowania seksualne, do podjęcia których skłaniają inne cele (np. finansowe) lub takie, które powodują rozładowanie pozaseksualnego napięcia,
- nie narusza zdrowia. Z obszaru normy wykluczone zostają wszelkie zachowania szkodliwe dla zdrowia lub choćby będące dla niego zagrożeniem. Przykład stanowią szczególnie nasilone wśród adolescentów zachowania ryzykowne. Kategorię zdrowia Beisert rozszerza w przypadku tego kryterium zgodnie z paradygmatem holistycznym i definicją WHO. W związku z tym patologiczną będzie wszelka aktywność seksualna nieprowadząca do zachowania zdrowia (jego aspektu emocjonalnego, społecznego, intelektualnego),

- nie narusza rażąco przyjętego porządku społecznego (prawnego, obyczajowego) (Beisert, 2006a; 2008).

Aktywność seksualna w okresie wczesnej dorosłości i dorosłości

Dorosłość stanowi ostatni, a zarazem najdłuższy odcinek w cyklu rozwoju seksualnego. Jego początki wyznaczone są przez gotowość do stworzenia dojrzałego związku seksualnego, a w dalszej perspektywie do jego utrzymania i rozwoju. Według Eriksona już na początku tego okresu rozwija się prawdziwy genitalizm, który ma charakter poszukująco-tożsamościowy. Partnerzy seksualni dążą nie tylko do uzyskania satysfakcji seksualnej, lecz również do dostosowania się do siebie wzajemnie i zaspokojenia swych potrzeb. Dorosły człowiek podejmuje określone, zazwyczaj wcześniej wyuczone, zachowania w celu uzyskania satysfakcji seksualnej. Repertuar tych zachowań jest bardzo szeroki, co ma swoje źródła we wcześniejszych fazach rozwojowych, czynnikach osobowościowych i socjalizacyjnych.

W populacji osób dorosłych główną formą aktywności seksualnej są kontakty genitalne, a ich częstotliwość zmienia się wraz z wiekiem i formą tworzonego związku. W badaniach przeprowadzonych w Polsce 81% respondentów po inicjacji seksualnej zadeklarowało, że miało kontakty genitalne w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Najczęściej kontakty te występowały wśród osób w przedziale wiekowym 18-24 lata (87% z badanych po inicjacji) oraz żyjących w konkubinacie (Izdebski, 2006). Spośród badanych Francuzów w wieku powyżej 25 lat większość uprawia aktywność seksualną. Jedynie 0,8% kobiet i 1,4% mężczyzn deklaruje, że nie odbyli dotychczas kontaktu seksualnego (Bozon, 2008b).

Oprócz aktywności genitalnej, w przypadku przeszkód uwarunkowanych sytuacyjnie (np. rozłąki, choroby) lub mało satysfakcjonującej aktywności genitalnej, jednostka może podejmować

inne formy aktywności seksualnej (np. powrócić do uprawiania masturbacji). Spośród dorosłych Francuzów 18% kobiet i 40,3% mężczyzn uprawiało masturbację w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie, a seks analny odpowiednio 9,2% i 14,2% (Bozon, 2008b). W badaniach przeprowadzonych przez Izdebskiego, do aktualnie podejmowanej masturbacji przyznało się 11% kobiet i 21,5% mężczyzn w wieku 15-49 lat (Izdebski, 2006). Poza tym, kontakt oralny podejmuje 49% respondentów aktywnych seksualnie, seks analny jest natomiast podejmowany przez 18,6% z nich (Izdebski, 2006). Warto podkreślić, że częstotliwość różnych form aktywności seksualnej zależy od wielu czynników, w tym także od orientacji seksualnej. Dodatkowo, zachowania seksualne wykazują bardzo dużą zmienność w aspekcie temporalnym, sytuacyjnym, osobowym. Jak podkreśla Godlewski wzorzec zachowania seksualnego nie jest niezmiennym i powszechnie obowiązującym kanonem (Godlewski, 1978). Na podstawie szeroko zakrojonych badań można poznać pewne prawidłowości w obrębie zachowań seksualnych różnych grup wiekowych czy zawodowych. W okresie dorosłości zachowania seksualne charakteryzują się pewną odmiennością również ze względu na płeć. Jak pisze Imieliński - odmienność seksu kobiet i mężczyzn wyraża się m.in. w tym, że oprócz orgazmu kobieta ma do swojej dyspozycji całą skalę innych, nieznanych mężczyźnie sposobów uzyskania satysfakcji seksualnej, których mechanizm nie został jeszcze poznany (Imieliński, 1985, s.217). Stymulacja sfer erogennych kobiety oraz jej reaktywność w trakcie stosunku genitalnego zależą od poprzedniego przygotowania w zakresie nastawienia psychicznego do seksu i partnera.

Na okres dorosłości przypada szczytowy moment aktywności seksualnej. Stabilizacja finansowa i zawodowa, ustatkowane życie partnerskie i rodzinne, sprzyjają satysfakcji z podejmowanej aktywności

seksualnej. Znaczenie ma tu prawidłowy dobór partnerów pod względem reaktywności seksualnej, jak i odpowiedni dobór seksualny w kategoriach psychologicznych (podobne upodobania, doświadczenia seksualne). Jak wynika z badań Izdebskiego aż 77% Polaków (w wieku reprodukcyjnym) ocenia swoje życie seksualne jako dobre (41,7%) i bardzo dobre (15,6%). Odsetek niezadowolonych z tej sfery życia stanowi 7% ankietowanych (Izdebski, 2006). W porównaniu z tym, 46,8% dorosłych Francuzek i 37,8% Francuzów ocenia swoje dotychczasowe życie seksualne jako bardzo satysfakcjonujące, a odpowiednio 43% i 49% jako dość satysfakcjonujące. Za zupełnie niesatysfakcjonujące swoje życie seksualne uznało 3,4% kobiet we Francji i 4,2% mężczyzn badanych przez Bozona (Bozon, 2008b).

Mimo ogólnego zadowolenia z aktywności seksualnej osoby dorosłe mogą doświadczać obaw związanych z ciążą, ze sprawnością seksualną, z chorobami przenoszonymi drogą płciową. Z tą sferą aktywności związane są również realne trudności, wśród których pojawia się zmęczenie, stres, objawy chorobowe (Lew-Starowicz, 2002). Wyniki analiz Izdebskiego wskazują, że 3,6% dorosłych mężczyzn w Polsce odczuwa problemy z osiągnięciem orgazmu, wytrysk przedwczesny deklaruje 3,8% z nich, natomiast brak erekcji/niepełny wzwód 10% (Izdebski, 2006). Dla porównania, we Francji 2,5% dorosłych mężczyzn odczuwało w ciągu ostatnich 12 miesięcy częste problemy z erekcją, a 6,5 % często doświadczało przedwczesnego wytrysku. Brak lub niewystarczająca ochota na seks doświadczana była często w ciągu ostatniego roku przez 6,8% kobiet i 2% mężczyzn badanych przez Levinsona (Levinson, 2008).

W okresie dorosłości częstsze, w odniesieniu do fazy adolescencji, staje się korzystanie z płatnych usług seksualnych. Izdebski przeanalizował skalę korzystania z komercyjnego seksu w Polsce (Izdebski, 2006). Z jego badań wynika, że z usług agencji towarzyskich lub innych osób

świadczących odpłatnie usługi seksualne korzysta w Polsce 12% mężczyzn i niespełna 1% kobiet w wieku reprodukcyjnym (Izdebski, 2006, s.69; por. Woynarowska, 2008). We Francji w ciągu życia z płatnych usług seksualnych korzystało 18,1% populacji w wieku 18-69 lat (Bozon, 2008b).

Z uwagi na fakt, że aktywność seksualna podejmowana jest również poza stałym związkiem (21,8% populacji w Polsce), istotne jest poznanie sposobów zabezpieczania się przez ciążą oraz STD w związku, jak i poza nim. W Polsce wśród osób w wieku reprodukcyjnym 53 % (z osób po inicjacji) deklaruje stosowanie metod antykoncepcyjnych. W większości przypadków jest to prezerwatywa (59%), w drugiej kolejności tabletki antykoncepcyjne (30,7%), w dalszej stosunek przerywany (20,2%) i kalendarzyk małżeński (14,5%) (Izdebski, 2006). We Francji spośród osób przed 50. rokiem życia 74% kobiet i mężczyzn używało antykoncepcji podczas ostatniego kontaktu seksualnego z partnerem wspólnie mieszkającym, prawie 90% ze stałym partnerem i odpowiednio 93% i 90,4% w relacji trwającej mniej niż 3 miesiące. W przypadku 48% badanych kobiet i 68% mężczyzn stosowanym środkiem antykoncepcyjnym była prezerwatywa (Beltzer, Bajos, 2008).

Wraz z rozwojem techniki i upowszechnieniem Internetu pojawiła się nowa forma aktywności seksualnej, czyli seks internetowy (cyberseks). Cyberseks jest definiowany jako interakcja społeczna pomiędzy co najmniej dwiema osobami, które wymieniają wiadomości drogą elektroniczną, w czasie rzeczywistym celem uzyskania podniecenia seksualnego i satysfakcji (Doring, za: Leśnicka, 2008, s.18). Lew-Starowicz określa seks wirtualny jako wszelkiego rodzaju ekspresję seksualną, od elektronicznej korespondencji erotycznej, czatów o tematyce seksualnej, po różnego rodzaju aktywność seksualną, między internautami w sieci (Lew - Starowicz, 2003). Nowoczesne technologie stają się również środkiem nawiązywania kontaktów, co

w szczególności dotyczy populacji młodych dorosłych. Spośród badanych przez Bozona Francuzów 10% kobiet i 13% mężczyzn korzysta z portali randkowych, a odpowiednio 2,7% i 4,6% poznało na nich partnera seksualnego (Bozon, 2008b). Według badań Izdebskiego co trzecia badana w Polsce osoba dorosła przyznaje się do rozmów na tematy dotyczące seksu za pośrednictwem Internetu (z niektórymi osobami poznanymi za pośrednictwem Internetu) (Izdebski, 2006). Jednym z możliwych uzasadnień popularności cyberseksu jest jego łatwa dostępność i anonimowość, pozwalająca realizować nawet antynormatywne zachowania seksualne.

Jak wynika z powyższej analizy - okres dorosłości jest bogaty w aktywność seksualną zróżnicowaną ze względu na częstotliwość, techniki, rodzaj partnera. Jest to uzasadnione z uwagi na prawidłowości rozwojowe. Dorosłość to etap, w którym rozwinięta potrzeba seksualna znajduje społecznie sankcjonowane, często wręcz pożądane ze względów prokreacyjnych, możliwości realizacji. Okresem szczególnym w kontekście zachowań seksualnych jest okres wczesnej dorosłości, który zostanie poddany wnikliwej analizie przy prezentacji i interpretacji wyników badań własnych.

Aktywność seksualna osób w wieku senioralnym

Duża ranga zdrowia seksualnego nie jest ograniczona do wcześniejszych faz rozwoju, ale dotyczy również osób w wieku dojrzałym. Starość, zgodnie z koncepcją Havighursta, wiąże się z realizacją takich zadań rozwojowych jak: przystosowanie do zmniejszającej się siły fizycznej, przystosowanie się do emerytury i zmniejszonego dochodu; pogodzenie się ze śmiercią współmałżonka; ustanowienie związku z grupą przyjaciół w podobnym wieku; zmienianie ról społecznych w elastyczny sposób; ustanowienie satysfakcjonujących warunków życia, odpowiadających

wymaganiom wieku senioralnego (Havighurst, 1981, za: Brzezińska, Trempała, 2007). Aktywność seksualna, dzięki przełamaniu stereotypu aseksualizmu wieku podeszłego, w coraz większym stopniu dotyczy również osób w wieku późnej dorosłości i starości. Wydłużenie średniej długości życia (dodanie lat do życia) i poprawa jego jakości (dodanie życia do lat) oraz rewolucyjne zmiany w obszarze seksualno-obyczajowym (między innymi określenie pozytywnego wpływu seksu na zdrowie jednostki) sprawiły, że seks osób dojrzałych nie jest już sferą podwójnego tabu, ale sferą wzmacniającą relacje partnerskie. Świadczą o tym wyniki badań. Analizy socjologiczne w USA wskazują, że 94% badanych Amerykanów twierdzi, że satysfakcja seksualna poprawia jakość życia niezależnie od wieku (Sadovsky, Nusbaum, 2006). O randze aktywności seksualnej w każdej fazie życia świadczy fakt pojawiania się na ten temat coraz liczniejszych publikacji, a tym samym przełamanie tabu na temat seksualizmu dzieci i osób starszych. Zresztą same prognozy demograficzne stawiają ten obszar zainteresowań badawczych w grupie priorytetów. Jak wynika z badań, do 2010 roku odnotowano w naszym kraju systematyczny wzrost liczby ludzi powyżej 60 roku życia w ogólnej liczbie ludności naszego kraju (do poziomu 24,1% ludności) (Cichocka, 2006, s.217; Imieliński, 1985).

Podczas „jesieni życia” aktywność seksualna jest sprzężona z innymi rodzajami aktywności: z pracą zawodową, hobby, rozwojem edukacyjnym (np. na Uniwersytetach Trzeciego Wieku), z aktywnością na polu towarzyskim. Aktywność seksualna osób w podeszłym wieku podporządkowana jest warunkom biologicznym, psychologicznym i społecznym. W wieku dojrzałym w związku z wkraczaniem we wtórną fazę życia w pojedynkę (owdowienie, ciężka i długotrwała choroba partnera, izolacja towarzyska), wiele osób znów wraca do uprawiania masturbacji, chociaż częstotliwość jej zmniejsza się. Ponadto zmieniają

się formy masturbacji. Jej ciężar gatunkowy zostaje przeniesiony z doznań fizycznych, wskutek pocierania narządów płciowych na doznania psychiczne związane z wyobrażeniami odtwórczymi, którym towarzyszy nieznaczna tylko fizyczna stymulacja narządów płciowych (Imieliński, 1985b, s.101). Oprócz masturbacji mogą pojawić się również zastępcze kontakty homoseksualne, fantazjowanie na temat osiągnięć seksualnych i przechwalanie się nimi lub wycofanie z aktywności seksualnej (Cichocka, 2006).

Mimo stopniowej utraty pełnej sprawności ruchowej, percepcyjnej, czy zdolności rozrodczych (w wyniku klimakterium u kobiet i andropauzy u mężczyzn) wiele osób w podeszłym wieku jest wciąż aktywnych seksualnie. Fizjologiczny wymiar starości sprowadza się głównie do zmian w wyglądzie i zmniejszenia sprawności fizycznej (Cichocka, 2006). Po okresie największej płodności, kiedy organizm powinien wypełnić reprodukcyjne zadania, rozpoczynają się zmiany inwolucyjne. U kobiet wiąże się to ze stopniowym zmniejszeniem rozmiaru i funkcji jajników, aż do okresu klimakterium (i bezpłodności; łac. *impotentia generandi*), w którym jednak nie ma żadnych biologicznych przeszkód do prowadzenia aktywnego życia seksualnego. U mężczyzn natomiast powolny spadek funkcji endokrynnej jąder, a więc i poziomu androgenów następuje po szczytowym okresie płodności i aktywności seksualnej przypadającym na 27-30 rok życia (aż do niezdolności do odbycia stosunku seksualnego; łac. *impotentia coeundi*). Pojawić mogą się problemy z erekcją członka, obniżone czucie wytrysku nasienia i ilości ejakulatu, u kobiet częste jest obniżenie lubrykacji (por. Cendrowski, Trawińska, 1996; Lew-Starowicz, 2006). Warto tu podkreślić, że podobnie jak aktywność seksualna, tak i satysfakcja z niej są dodatnio skorelowane z ogólnym stanem zdrowia. Dużą rolę odgrywają tu czynniki osobowościowe i doświadczenia z poprzednich okresów. Newman

i Nichols na podstawie wyników badań aktywności seksualnej osób w wieku dojrzałym stwierdzili, że u osób u których występowała silna potrzeba seksualna w młodości pozostaje ona nasiloną wraz z upływem lat. Zauważyli oni również mniejszą aktywność seksualną w grupie kobiet i osób samotnych (Newman i Nichols, za: Imieliński, 1985b). Podobne wnioski płyną z badań Marsiglio i Donnely, gdzie do aktywności seksualnej przyznaje się aż 24% małżonków po 76 roku życia (Marsiglio, Donnely, za: Cichocka, 2006). Cytowane przez Cichocką wyniki badań Kivela przeprowadzonych na grupie 1529 osób w wieku od 60 do 90 lat w Finlandii wskazują, że osoby te wciąż wykazują zainteresowanie seksem i odczuwają pożądanie. Zgodnie z tymi badaniami - stosunki seksualne utrzymywało 53% mężczyzn i 26% kobiet w wieku 60 lat (Sadovsky, Nusbaum, 2006). Wyraźny spadek aktywności seksualnej występuje u ludzi po 75 roku życia, zwłaszcza u tych, którzy cierpieli na przewlekłe choroby takie jak zapalenie stawów, choroby serca, cukrzycę, problemy urologiczne (Imieliński, 1984, s.212). Na obniżenie się reaktywności seksualnej osób w wieku dojrzałym wpływać mogą również takie czynniki, jak monotonia stosunków seksualnych z jednym partnerem, którego atrakcyjności sprawność spada, rozbieżność oczekiwań między partnerami, nadmierne zaabsorbowanie problemami pracy zawodowej. Oprócz dolegliwości fizycznych pojawić się mogą trudności w aspekcie psychicznego lub społecznego funkcjonowania (np. lęki związane ze sferą seksualną, samotność) (Masters, Johnson, za: Imieliński, 1985). Widać to wyraźnie w cytowanych badaniach Kivela, gdzie stosunki seksualne (minimum raz w miesiącu) podejmowało już tylko 5 % mężczyzn (0% kobiet) w wieku 80 lat (Cichocka, 2006). Nie bez znaczenia jest cały kompleks relacji przyczynowo-skutkowych w zakresie biologicznych aspektów seksualności. Wielu mężczyzn przeżywa w tym wieku lęki przed kompromitacją w oczach partnerki

i niemożnością utrzymania związku z nią, co może wpłynąć negatywnie na sprawność seksualną. Zmiany chorobowe i procesy starzenia mogą stać się przyczyną problemów seksualnych kobiet. Zmiany w obrębie narządów płciowych kobiet, które mogą utrudniać utrzymywanie stosunków seksualnych, a czasami wręcz je uniemożliwiać, polegają głównie na zwężeniu wejścia do pochwy i zmniejszeniu jej rozciągliwości, wysuszeniu błony śluzowej przedsiionka pochwy, skróceniu pochwy i skurczeniu warg sromowych. W konsekwencji może dochodzić do dyspareunii (bolesności przy stosunku) i anorgazmii (Cichocka, 2006, s.229; Imieliński, 1985). Problemy mogą tu wynikać również z braku partnera i nieregularności utrzymywania stosunków płciowych (biologiczne prawo: *atrophia ex inactivitate*), dolegliwości psychofizycznych związanych z menopauzą, negatywnymi postawami i doświadczeniami wynikającymi z biografii seksualnej. Rozwiązaniem może być zmiana postaw, częściowe ograniczenie aktywności seksualnej lub zmiana jej schematów (masturbacja, petting). Może to powodować zwiększone problemy z samoakceptacją oraz z akceptacją przez partnera i otoczenie. Warto jednak podkreślić, że świadomość tych problemów, zarówno wśród osób starszych, jak i specjalistów z nimi współpracujących, może w sposób istotny omawiane ryzyko zminimalizować.

Oprócz czynników natury biologicznej, kluczową rolę w ograniczaniu aktywności seksualnej osób w podeszłym wieku odgrywają czynniki interpersonalne, emocjonalne i społeczno-kulturowe (Cichocka, 2006). Problemy seksualne wieku podeszłego mogą łączyć w sobie wszystkie te grupy uwarunkowań. Z psychologicznego punktu widzenia najistotniejsza jest sama relacja między partnerami, a także samoakceptacja i ukształtowane w toku życia postawy wobec seksualności. Dodatkowo, oczekiwania społeczne częstokroć nie

sprzyjają aktywności seksualnej osób w podeszłym wieku. Uwaga ludzi starszych kierowana jest na dbałość o własne zdrowie, pomoc w socjalizacji młodego pokolenia oraz dostosowanie ról do zmniejszonej sprawności (Beisert, 2006a). Bardzo istotną cechą udanej adaptacji do starości jest wzmacnianie poczucia własnej wartości, które jest ujemnie skorelowane z dewaluacją lub atrofią aktywności seksualnej.

1.3. POJĘCIE POSTAWA W LITERATURZE

1.3.1. Definicja i wymiary postawy

Pojęcie postawa (ang. *attitude*) doczekało się wielu definicji, zmierzających do opisu i uporządkowania tego fragmentu rzeczywistości społecznej. Choć termin ten analizowany i redefiniowany był wielokrotnie, wciąż pojawiają się w jego rozumieniu niejednoznaczności. Wynikają one głównie stąd, iż problematyką postaw zajmują się przedstawiciele różnych nauk i dziedzin praktyki. Zdaniem Allporta termin postawa został zdefiniowany po raz pierwszy w systemie filozoficznym Spencera, który przez postawę rozumiał gotowość psychiczną jednostki do słuchania i nabywania wiedzy (Allport, 1935, za: Nowak, 2000). Pojęcie postawa pojawiało się potem na gruncie nauk socjologicznych oraz nauk psychologicznych w trakcie badań nad różnicami spostrzegania oraz czasami reakcji na bodźce (Lange, Ribot, Fere za: Mika, 1981). Istniejące współcześnie koncepcje postawy można poklasyfikować w pewne grupy. Wspólnym mianownikiem pojawiających się definicji jest element ustosunkowania się podmiotu do przedmiotu (Prężyna, 1967).

Pierwsze koncepcje nawiązują do tradycji behawiorystycznej, a ściśle do psychologii uczenia się. W opisie postaw zwraca się szczególną uwagę na zachowanie człowieka, a więc konsekwentne i powtarzalne reakcje na określone bodźce lub zwiększone

prawdopodobieństwo wystąpienia danych reakcji. Według tego stanowiska postawa jest trwałym syndromem reakcji względem pewnej grupy przedmiotów społecznych (Campbell, za: Mądrzycki, 1977; Mika, 1981). W drugim zbiorze definicji, nawiązujących do tradycji socjologicznej, centralną pozycję w analizie postawy zajmuje stosunek uczuciowy do przedmiotu. Według tej grupy koncepcji najważniejszym elementem postaw są względnie stałe reakcje uczuciowe (emocjonalne lub oceniające) nosiciela postawy do przedmiotu (Mądrzycki, 1977; Mika, 1981). Ze stopniem natężenia określonych uczuć wobec przedmiotu utożsamiał postawę Thomas, Thurstone, Murray, Morgan, Znaniecki, Obuchowski i Reykowski, a współcześnie także Fishbein i Wojciszke (za: Mika, 1981; Wojciszke, 2000). Ten ostatni uważa, że każdy przedmiot (pojęcie) jest oceniane w kategoriach pozytywnych, neutralnych lub negatywnych i właśnie te oceny są postawami. Ostatnia grupa definicji nawiązuje do teorii poznawczych w psychologii. Zwraca się tu uwagę na fakt, że postawa to nie tylko określone zachowanie lub stosunek oceniająco-emocjonalny wobec danego przedmiotu, lecz również odnoszące się do niego elementy poznawcze (Mika, 1981).

Według klasycznej już dzisiaj koncepcji Allporta postawa jest psychicznym i nerwowym stanem gotowości (*functional state of readiness*) bliskim pojęciu tendencji ukierunkowującej (Allport, 1935 za: Mądrzycki, 1977). Ten zorganizowany przez doświadczenie stan gotowości wywiera ukierunkowany lub dynamiczny wpływ na reakcje jednostki w stosunku do wszystkich przedmiotów lub sytuacji, z którymi jest ona związana (Allport, 1935 za: Bielecki, 1993, s. 359). Gotowość do reagowania jest, według Allporta, pojęciem nadrzędnym w stosunku do pojęcia postawy i równorzędnym z pojęciem tendencji ukierunkowującej. Do tendencji ukierunkowujących autor zalicza, poza postawami, również cechy. Podobnie jak cecha, postawa stanowi system neuropsychiczny.

Pojęcie postawa nie jest jednak równoznaczne z pojęciem cecha, a różnice między nimi pozwalają na dogłębne zrozumienie definicji Allporta, który podkreśla, że:

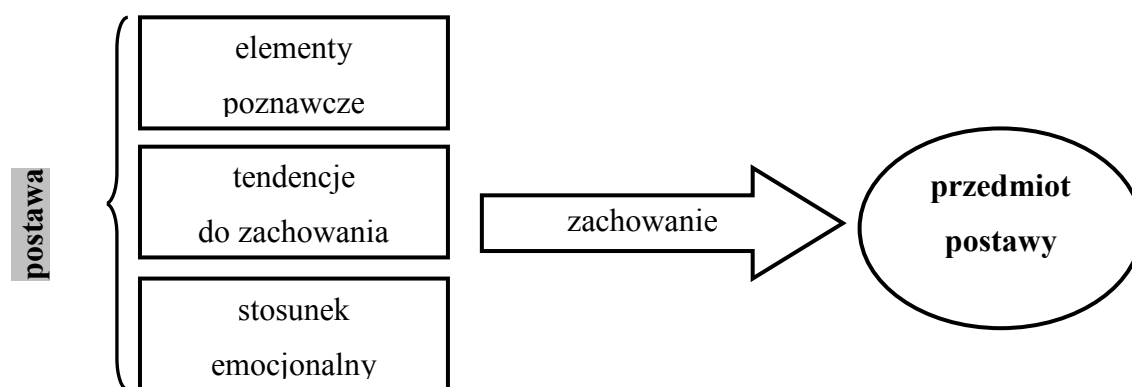
- postawa - w odróżnieniu od cechy - ma wyraźnie określony przedmiot odniesienia, zawsze dotyczy kogoś lub czegoś,
- postawy mogą być specyficzne lub ogólne, podczas gdy cechy są zawsze ogólne,
- postawy oznaczają zwykle akceptację lub odrzucenie, są przychylnie bądź nieprzychylnie, cecha zaś nie ma tak wyraźnego ukierunkowania (Allport, 1935 za: Mądrzycki, 1977).

Definicja postawy podana przez Allporta ujmuje postawę w relacji do działania. Odmienne określenie pojęcia postawy podają autorzy, którzy dokonując syntezy poprzednich ujęć traktują postawę jako system komponentów psychicznych: motywacyjnych, emocjonalnych i poznawczych. Zgodnie z tym - stworzonym przez Smitha - ujęciem, zwanym również strukturalistycznym (strukturalnym), postawa jest trwałą organizacją trzech procesów. Postawę można określić jako względnie stałą strukturę (lub tendencję do pojawienia się takiej struktury) procesów emocjonalnych, poznawczych i tendencji do zachowań, w których wyraża się określony stosunek do danego przedmiotu (Mika, 1981). Na stanowisku tym stoi wielu autorów. Przykładowo, Nowak ujmuje postawę człowieka wobec przedmiotu jako ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu oraz do emocjonalnego reagowania na niego. Tym względnie trwałym dyspozycjom emocjonalno-oceniającym towarzyszą przekonania o naturze tego przedmiotu oraz określone dyspozycje do zachowania się wobec niego (Nowak, 1973, 2000). Składnik behawioralny traktowany jako element postawy stanowi zarazem zewnętrzny jej przejaw. Zgodnie z tym ujęciem w postawie można wyodrębnić stronę wewnętrzną, która

w znacznym stopniu może być uświadamiana przez jednostkę i badana retrospektywnie oraz stronę zewnętrzną, dostępną poznaniu obiektywnemu, ekstrospektywnemu. Są ze sobą związane genetycznie i funkcjonalnie (Mądrzycki, 1964, 1977).

W niniejszej pracy postawa jest definiowana za autorami odwołującymi się do nurtu strukturalistycznego. Postawę można określić jako powstałą w procesie zaspokajania potrzeb, w określonych warunkach społecznych, względnie zgodną i stałą strukturę. Trójskładnikowy model postaw zakłada, że na każdą postawę składa się jej wymiar poznawczy, emocjonalny i behawioralny. Postawa definiowana jest jako stała organizacja wiedzy, przekonań, uczuć, motywów oraz pewnych form działania i reakcji ekspresywnych podmiotu związana z określonym przedmiotem lub klasą przedmiotów (Mądrzycki, 1977). Postawa wyraża sumaryczną ocenę obiektu postawy. Komponenty tej sumarycznej oceny mogą mieć charakter afektywny, behawioralny oraz poznawczy i mogą obejmować każdy typ informacji, który ma implikacje wartościujące (Bohner, Wanke, 2004).

Analiza postawy, jako względnie stałego ustosunkowania wobec przedmiotu, pozwala wyodrębnić jej bardziej szczegółowe cechy. Przede wszystkim jest to stosunek, który ma charakter dynamiczny, o czym świadczą określenia „dyspozycja do działania”, „gotowość”. Nie jest to chwilowa, przejściowa, ale trwała lub względnie trwała dyspozycja, co ma duże znaczenie dla praktyki pedagogicznej. Względna stałość nie oznacza jednak - jak podkreśla Prężyna - że postawa jest czymś niezmiennym. Nabywa się ją w trakcie doświadczenia i może ona ulegać zmianie, choć proces ten jest długotrwały i wymaga zajścia szczególnych okoliczności (Prężyna, 1967).



Schemat 4. Struktura postawy (Mika, 1981)

W definicji postawy bardzo istotne są dwa elementy: jej podmiot i przedmiot. Już klasyczna teoria Allporta mówi o przedmiocie, a więc tym czego postawa dotyczy. Przedmiotem postawy może być wszystko, co istnieje dla jednostki i ma lub miało (rozpatrując historycznie) dla niej jakieś znaczenie ze względu na zaspokajanie potrzeb (Mądrzycki, 1977, s. 23). Przedmiotem postawy może być drugi człowiek, diada, grupa społeczna, instytucja, określone zachowanie, sytuacja, system wartości. W niniejszej pracy przedmiotem postawy jest zdrowie seksualne. Drugim, obok przedmiotu postawy, elementem niezbędnym do analizy postawy jest jej podmiot. Może nim być jednostka, diada lub grupa społeczna, która odczuwa określone postawy wobec elementów istniejących obiektywnie lub subiektywnie. W niniejszej pracy są to studenci w Polsce i we Francji.

Postawę można charakteryzować i różnicować ze względu na wymiary takie jak zakres, kierunek, intensywność, złożoność, zwartość, trwałość i treść przedmiotową. Zakres postawy odnosi się ściśle do przedmiotu tejże postawy. Postawy ze względu na zakres można uszeregować wzdłuż pewnego kontinuum - od postaw o jednym desygnacie do postaw o znacznej ilości desygnatów, od postaw indywidualnych do postaw coraz bardziej ogólnych (Mądrzycki, 1977, s. 27). Postawy mogą być uznane za wąskie i szerokie, przy czym jedne

postawy mogą wchodzić w zakres innych i być im podporządkowane (Prężyna, 1967).

Postawy różnią się między sobą znakiem, inaczej wartością (ang. *valence*). Możemy mieć do czynienia z pozytywnym, negatywnym lub neutralnym znakiem postawy. To ustosunkowanie wywiera wpływ na zachowanie, działając jako siła, która przyciąga ku obiektowi, odpycha od niego lub też nie motywuje jednostki w żadnym kierunku. Zależności te można przedstawić jako kontinuum, gdzie stopień przychylności zmienia się od najbardziej nieprzychylnego do najmniej przychylnego do maksymalnie pozytywnego. Może zaistnieć również taka sytuacja, że jeden z elementów postawy będzie przychylny, inny zaś nieprzychylny, bądź też może występować różnego rodzaju kombinacja stopni przychylności poszczególnych elementów postawy (Bielecki, 1993, s.395).

Poszczególne postawy mogą różnić się między sobą siłą, intensywnością (ang. *intensity*). Intensywność postawy jest to stopień, w jakim jednostka jest przekonana o cechach przedmiotu, wyraża swój stosunek do przedmiotu i jest motywowana do zachowania wobec niego. Cecha ta odnosi się zatem do wszystkich trzech komponentów. Badacz ma prawo traktować postawę jako pewną zmienną, której atrybutywnie pojęte cechy są wartościami. Postawy o dużej sile grupują się wówczas wokół wartości krańcowych na skali. Pojęcie danej postawy definiuje ogół możliwych wartości danej zmiennej, a więc i wartość zerowa pod względem intensywności (Nowak, 1973, s.27, Soborski, 1987). Kryterium siły pozwala stopniować postawy od silnych, poprzez umiarkowane, do słabych. Między intensywnością postawy, a jej kierunkiem można zauważyć pewną zależność polegającą na tym, że postawy ekstremalne cechuje z reguły większa siła (Mądrzycki, 1977; Prężyna, 1967). Nie zawsze jednak najniższy punkt intensywności pokrywa się z punktem

zerowym, jeśli chodzi o kierunek postawy (Prężyna, 1967). Według Bieleckiego zarówno kierunek, jak i intensywność określonej postawy zależne są od stopnia znajomości przedmiotu, ładunku emocjonalnego związanego z nim oraz od konsekwencji działania wobec niego (Bielecki, s.359).

Kolejnym wymiarem różnicującym postawy jest złożoność (*ang multiplexity*), która określa na ile rozwinięte są poszczególne jej komponenty. Model trójskładnikowy zakłada, że reakcje poznawcze, afektywne i behawioralne są trzema niezależnymi składnikami postawy. Reakcje te nie muszą być spójne ze sobą ani z sumaryczną wartością postawy. Ściślej rzecz ujmując: każdy element postawy może różnić się co do liczby i jakości tworzących go elementów. Dodatkowo, może zdarzyć się sytuacja, że w ramach określonej postawy pewien komponent może być dopiero kształtowany lub jest w zaniku (Mądrzycki,1964; Prężyna,1967). Poza tym, każdą składową część postawy nierzadko charakteryzuje inna złożoność, czyli liczba i jakość elementów ją konstytuujących. Dotyczy to zasobu i jakości wiedzy o przedmiocie postawy (komponentu poznawczego), rodzaju i siły emocji wobec tego obiektu (komponentu emocjonalnego) oraz skłonności do działania (komponentu behawioralnego).

Analizując kolejną cechę, czyli zwartość (*ang. consistency*) postaw, należy ustalić czy w jednakowym stopniu są rozbudowane poszczególne komponenty oraz który z komponentów i w jakim stopniu dominuje swą złożonością. Poza tym należy ustalić, czy i w jakim stopniu poszczególne składniki postawy są dodatnie bądź ujemne i które z nich, w stosunku do pozostałych, są bardziej pozytywne, bądź bardziej negatywne. Brana jest tu pod uwagę siła poszczególnych komponentów.

Analiza uwzględniająca powyższe wymiary pozwala określić stopień ambiwalencji postawy. Cechę tę można mierzyć szacując

osobno (na jednobiegunowych wymiarach) pozytywne i negatywne aspekty postawy. Im większe i bardziej zbliżone do siebie są wartości na tych dwóch wymiarach, tym bardziej ambiwalentna postawa (Kaplab, za: Bohner, Wanke, 2004). Tak komponenty poznawcze, jak behawioralne i emocjonalne, mogą być niespójne wewnętrznie lub niespójne z innymi komponentami. Jeśli odnosimy ogólną postawę do jej podstawy poznawczej, mówimy o spójności wartościująco - poznawczej. Spójność wartościująco - afektywna dotyczy zgodności postawy z komponentami emocjonalnymi, zaś spójność wartościująco - behawioralna z jej składnikiem działaniowym (por. Bohner, Wanke, 2004). Wysoka spójność opisywanych elementów wiąże się ze stabilnością postawy w czasie (Chaiken, za Bohner, Wanke, 2004).

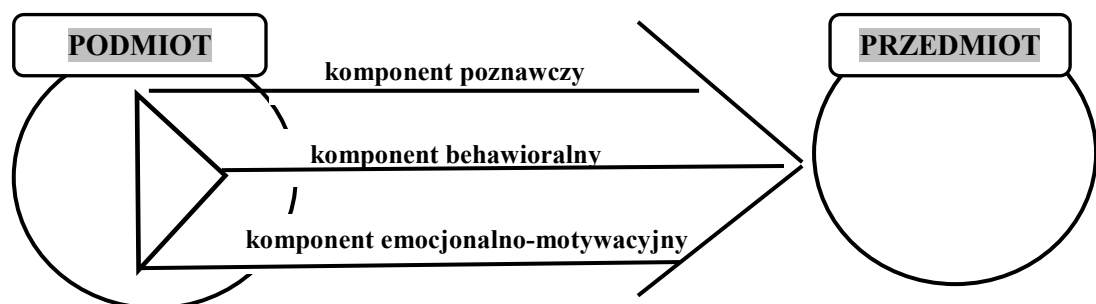
Jeśli analizujemy nie jedną postawę, ale cały ich kompleks, powstaje pytanie o spójność (ang. *interconnectedness*) między tymi postawami. Postawy jednostki mogą być podporządkowane sobie, wynikać z siebie i wzajemnie warunkować lub pozostawać w izolacji (Prężyna, 1967). Spójność pojedynczo analizowanej postawy wiąże się z oceną współzależności, jaka zachodzi między jej komponentami. Jak podkreśla Cholewa - elementy należące do jednego wymiaru lub do wielu wymiarów nie muszą być zgodne pod względem ich wartościowania, jak też różne wymiary postaw nie muszą być ze sobą zgodne (Cholewa, 2009, s. 94).

Kolejna wyróżniona w literaturze właściwość postaw, czyli ich trwałość, jest rozumiana jako odporność postaw na zmiany. Postawa nie jest chwilowym, przejściowym ustosunkowaniem się jednostki, ale stosunkiem utrwalonym, powiązaniem z osobowością człowieka. Nie znaczy to, że postawa jest czymś niezmiennym. Jak podkreśla Prężyna - postawę nabywa się w trakcie doświadczenia i może ona ulegać zmianie, choć zazwyczaj dokonują się one powoli i w odpowiednio

ważnych okolicznościach, co szczegółowo omówione zostanie w kolejnych podrozdziałach (Prężyna, 1967).

1.3.2. Komponenty postawy

W strukturalnym nurcie analizy postaw przyjmuje się, że postawa jest względnie trwałą organizacją trzech grup elementów: poznawczych (racjonalnych), afektywnych (emocjonalnych, uczuciowo - motywacyjnych) i behawioralnych (Bohner, Wanke, 2004; Nowak, 2000; Pluta, 2002) (por. schemat nr 5). Każdy z tych składników z osobna przybierać może różne wartości. Tym samym postawa staje się pewnym trójwymiarowym konstruktem typologicznym. Jak podkreśla Nowak - wartość każdej z trzech zmiennych dzielimy na dwie kategorie, tj. taką w której dany składnik istnieje (tj. ma wartość niezerową) i taką w której nie występuje (lub ostrożniej - niemal nie występuje) w danej postawie. Zgodnie z proponowaną wyżej definicją, komponent poznawczo - oceniający musi mieć wartość niezerową, aby można było w ogóle mówić o postawie w takim rozumieniu. Jeśli chodzi o komponenty pozostałe, mogą mieć one wartość zerową (lub bliską zero), bądź też przybierać wartości niezerowe (Nowak, 1973, s.29).



Schemat 5. Komponenty postawy (źródło: opracowanie własne; na podstawie: Mądrzycki, 1977)

Komponent poznawczy postawy stanowią wiadomości dotyczące przedmiotu postawy, przekonania lub przypuszczenia z nim związane. Przekonania określić można jako intelektualny stan pewności

o realności lub słuszności jakiegoś przedmiotu lub stanu rzeczy (Mądrzycki, 1977, s.24). Przez wiedzę rozumie się stopień poinformowania respondentów o faktach związanych z obiektem postawy lub o zjawiskach wchodzących w jego skład lub zakres (Marody, 1976, s.151). Faktor intelektualno-poznawczy postawy wymaga od jej nosiciela pewnego poziomu inteligencji niezbędnego do tworzenia jasnych i ostrych pojęć. Elementy poznawcze determinują posiadany przez właściciela postawy zasób informacji o jej przedmiocie. Poznawczą zawartość postawy można różnorodnie analizować. Nowak proponuje przyjąć klasyfikację postaw ze względu na rozległość i prawdziwość wiedzy, jaką mamy o przedmiocie (Nowak, 1973, 2000). Jeśli chodzi o rozległość wiedzy, czyli stopień rozbudowania komponentu poznawczego postawy, to można ilościowo uporządkować postawy od takich, których komponent poznawczy jest zaledwie zarysowany, sprowadzony jedynie do przekonania o istnieniu lub możliwości istnienia pewnego przedmiotu, do takich w których wiedza o przedmiocie postawy jest nader rozległa. Drugie kryterium klasyfikacyjne zakłada, że wiedza składająca się na komponent poznawczy postawy może być mniej lub bardziej zgodna z rzeczywistością. W analizie komponentu poznawczego postawy należy brać pod uwagę również jej spójność logiczną i psychologiczną. Spójność logiczna wiąże się z faktem wynikania jednych sądów z innych, ich hierarchiczności oraz z tym, że sądy należące do jednej postawy nie mogą być ze sobą logicznie sprzeczne. Spójność wewnętrzna komponentu poznawczego postawy może być rozważana także w jej aspekcie psychologicznym, przy czym postawa uznawana jest za niespójną, nie ze względu na jej czysto poznawczą treść, lecz ze względu na powiązanie komponentu poznawczego z innymi komponentami postawy (Nowak, 1973).

Komponent emocjonalny (afektywny) może mieć charakter chłodnych, zintelektualizowanych ocen. Oceny te na poziomie werbalnym znajdują swój wyraz w stosowaniu takich orzeczników jak <dobry>, <zły>, <słuszny> itd. Oceny dokonywane są w ramach pewnego systemu wartości (układu odniesienia), którego poznanie jest istotne dla analizy emocjonalnego komponentu postawy. Zdaniem Marody - brak uwzględnienia miejsca, jaki zajmuje dany obiekt w hierarchii celów, prowadzi do fałszywych przewidywań (Marody, 1976). Kiedy komponent afektywny jest związany z komponentem behawioralnym znajduje to wyraz werbalny w postaci takich terminów normatywnych, jak <należy>, <powinienem> lub terminów wolnych od normatywnego znaczenia, jak <chcę>, <zamierzam>. Komponent afektywny może też mieć mniej zintelektualizowany i zwerbalizowany charakter. Wówczas wyraża się on w postaci pewnych dodatnich lub ujemnych emocji, towarzyszących wyobrażeniom przedmiotu postawy. W literaturze przedmiotu znaleźć można również odniesienie do hierarchii wartości w analizie postaw (Czabański, 1997). Nowak podkreśla, że zarówno reakcje emocjonalne, jak i te zintelektualizowane mogą pełnić bardzo podobne funkcje, czyli motywacyjne (wyznaczając zachowania wobec przedmiotu postawy) i orientacyjne (określając ważność życiową przedmiotu postawy) (Nowak, 1973). Należy podkreślić, że elementy afektywne postawy mają zawsze określony kierunek i siłę. Można tu brać pod uwagę całe spektrum uczuć od tych bardzo pozytywnych do skrajnie ujemnych. Mądrzycki podkreśla, że w skład postawy wchodzi przede wszystkim tzw. uczucia wyższe. Gdy mówimy, że ktoś ma ukształtowane uczucia moralne, intelektualne, estetyczne, bądź religijne i spodziewamy się, iż będzie przejawiał te uczucia wielokrotnie w odpowiednich sytuacjach, to mamy na myśli uczuciowy komponent postawy (Mądrzycki, 1977, s.25).

Komponent behawioralny został wyodrębniony jako element struktury postawy w 1947 roku przez Smitha, który zdefiniował go jako coś co chcielibyśmy zrobić (jak zachowywać się) wobec przedmiotu postawy (Nowak, 1973, s. 23). Nie wszyscy teoretycy postaw uwzględniają ten aspekt w swoich analizach (np. Soborski postrzega postawę jako strukturę dwuelementową: poznawczo-emocjonalną). O istnieniu w postawie jej komponentu behawioralnego mówimy wtedy, kiedy w postawie zawarty jest mniej lub bardziej jednorodny zespół dyspozycji do zachowania się w określony sposób wobec jej przedmiotu (Nowak, 1973, s. 48). W skład komponentu behawioralnego postawy wchodzi reakcje mimiczne, pantomimiczne, wokalne, werbalne oraz same działania lub tendencje (dyspozycje) do działania. Dyspozycje oznaczają to, iż w psychice danego człowieka istnieje mniej lub bardziej skryzalizowany (mniej lub bardziej świadomy) program działania wobec przedmiotu postawy (Nowak, 1973, Obuchowski, 1983, Marody, 1976). Program ten może być introspekcyjnie postrzegany przez podmiot jako zamiar, pragnienie, dążenie lub poczucie powinności do zachowania się w określony sposób wobec przedmiotu postawy. Elementem komponentu behawioralnego jest jednak nie tylko tendencja do działania, ale również samo działanie. Działanie możemy zdefiniować jako aktywność zorganizowaną i nastawioną na cel. Jak podkreśla Mądrzycki - w skład empirycznej strony postaw wobec danych przedmiotów może wchodzić wyrażona na ich temat opinia (aktywność werbalna), pomoc, opieka, oddawanie czci, unikanie, przeszkadzanie, znieważanie (Mądrzycki, 1977, s.26).

1.3.3. Uwarunkowania i modyfikacja postawy

Genezę postaw można rozpatrywać odwołując się do teorii ewolucyjnych, teorii poznawczych oraz teorii uczenia się. Istnieją

badania wskazujące na genetyczne podłoże postaw, które w dalszej kolejności podlegają modyfikacjom środowiskowo-socjalizacyjnym. Dodatkowo można rozpatrywać wariację postaw związaną ze zmiennymi pośredniczącymi, takimi jak osobowość, zdolności, style wychowawcze.

Poniższa analiza opiera się w głównej mierze na teoriach psychologicznych. Wymaga to doprecyzowania pojęć związanych z procesami kształtowania i zmiany postaw. Po pierwsze można analizować sytuację braku postawy, co jest charakterystyczne dla wczesnego okresu socjalizacji. Wówczas w sposób uświadomiony bądź nieświadomy kształtowane są postawy o określonym znaku i sile, co - według Miki - można nazwać właściwym procesem kształtowania postaw. Z diametralnie różną sytuacją mamy do czynienia w dwóch pozostałych przypadkach, gdy zmianie ulega siła postawy lub, co jest procesem trudniejszym, gdy zmienia się jej znak (Mika, 1981). Autor podkreśla, że proces zmiany postaw, choć nie jest łatwy, to nie jest też niemożliwy.

Jeżeli przyjmiemy, że istotnie mogą występować zmiany w postawach, to na proces ten możemy spojrzeć biorąc za punkt wyjścia strukturę postaw, na którą składają się trzy ściśle powiązane ze sobą grupy procesów, a mianowicie procesy poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Wynika z tego, że mamy do czynienia z trzema torami oddziaływań na postawy: z torem poznawczym, którego działanie polega głównie na przekazywaniu informacji o przedmiocie postawy, z torem afektywnym, którego działanie polega na wywołaniu u odbiorcy emocji związanych z przedmiotem postawy i wreszcie z torem behawioralnym, który polega na wywołaniu określonych zachowań związanych z przedmiotem postawy (Mika, 1981; Wojciszke, 2000).

Na percepcję danego obiektu, a więc i postawę wobec niego wpłynąć może bezpośredni lub pośredni z nim kontakt. Warto tu przywołać udokumentowane wynikami wielu badań zjawisko polegające na wzroście atrakcyjności bodźca wynikające z samego kontaktu z nim (dotyczy to również ekspozycji podprogowej). Zjawisko to nosi nazwę efektu samej ekspozycji (Zajonc, Bernstein, za: Bohner, Wanke, 2004). Formowanie postaw wiąże się niejednokrotnie z nagromadzeniem pozytywnych lub negatywnych doświadczeń emocjonalnych związanych z określonym przedmiotem. Najprostszym i bardzo powszechnie występującym mechanizmem kształtowania się postaw jest warunkowanie klasyczne. Wielokrotnie powtarzane pojawienie się bodźca warunkowego, któremu towarzyszy przyjemny bodziec bezwarunkowy prowadzi do wykształcenia się wobec niego pozytywnej postawy. Odwrotne ustosunkowanie pojawia się przy skojarzeniu z bodźcem awersyjnym. A zatem obiekty pierwotnie obojętne nabierają określonego znaczenia (dodatniego lub ujemnego) dzięki ich skojarzeniu z innymi obiektami (bodźcami), które już mają pewne znaczenie dla podmiotu (Wojciszke, 2000). W wyniku jednorazowej współobecności bodźca wywołującego określoną emocję z obiektem postawy również może dojść do przeniesienia ustosunkowania. Psychologowie badający postawy wykazali, że u ludzi można wywoływać pozytywne lub negatywne reakcje, jeśli nowe bodźce połączy się z reakcją (o określonym znaku) wywołaną przez inne bodźce. Jest to uczenie się na zasadzie styczności bodźców tak zwane warunkowanie ewaluatywne, gdzie wartościowanie bodźca bezwarunkowego jest przenoszone na bodziec warunkowy. Jest to proces bardziej odporny na wygaszanie niż w przypadku warunkowania klasycznego, a badani nie muszą zdawać sobie sprawy ze współwystępowania bodźców (Bohner, Wanke, 2004; Wojciszke, 2000).

Zgodnie z koncepcjami wywodzącymi się z teorii uczenia się postawy można zmieniać poprzez manipulowanie następstwami reakcji na określony bodziec. Możemy tu mówić o warunkowaniu instrumentalnym (sprawczym), polegającym na nadaniu znaczenia bodźcowi pierwotnie obojętnemu w wyniku skojarzenia go z pozytywnymi lub negatywnymi konsekwencjami dla jednostki. Proces ten może zajść w momencie bezpośredniego doświadczania nagród lub kar przez podmiot. Na zmianę postaw wpływ może mieć również obserwacja tych konsekwencji u innych osób, co nazywane jest warunkowaniem zastępczym. Procesy warunkowania instrumentalnego mogą wiązać się z informacyjnym, a także normatywnym wpływem społecznym (Grzelak, Nowak, 2000).

Wpływ naśladownictwa na tworzenie i modyfikację postaw można analizować odwołując się do teorii społecznego uczenia się. O naśladowaniu możemy mówić wówczas, gdy podmiot obserwując zachowanie modela w konkretnej sytuacji, sam powtarza to zachowanie w analogicznych warunkach (Mądrzycki, 1964, 1977). Warto podkreślić tu fakt, iż naśladownictwo dotyczy nie tylko modela obecnego i bezpośrednio dostępnego, ale również takiego, który jest dostępny pośrednio (w telewizji, w opowiadaniach). Bardziej złożonym mechanizmem jest modelowanie. W przypadku modelowania podmiot przejmuje od modela nie tylko elementy behawioralne jego zachowania, ale także komponent emocjonalny. Pewne cechy wspólne z naśladownictwem i modelowaniem ma identyfikacja. Następuje tu jednak maksymalne zredukowanie dystansu między podmiotem, a modelem od którego przejmowane są tendencje behawioralne (nie jednostkowe, ale zgeneralizowane), uczuciowo-motywacyjne, ale również wartości i przekonania. Identyfikację określa się w związku

w tym jako zgeneralizowaną, a jednocześnie względnie trwałą tendencję do modelowania (Mądrzycki, 1977).

Zgodnie z koncepcjami wywodzącymi się z teorii poznawczych, kształtowanie i zmiana postaw polega na przekazywaniu informacji dotyczących przedmiotu postawy, na oddziaływaniu na uczucia lub prowadzeniu do zmian w zachowaniu. Każda taka ingerencja w wymiary postawy może być rozpatrywana z punktu widzenia efektywności działań. Wśród najskuteczniejszych metod kształtowania i zmiany postaw Mądrzycki wymienia:

- dyskusję, w której głównym czynnikiem zmiany jest zapewnienie uczestnikom równorzędnej pozycji,
- przemówienie, które wymusza aktywne zaangażowanie podmiotu,
- tworzenie argumentów przeciwnych posiadanej postawie, co ma związek z wywołaniem dysonansu poznawczego i minimalizowaniem prawdopodobieństwa efektu bumerangowego,
- zmiany zachowania na zasadzie warunkowania instrumentalnego (nagroda, pochwała, aproba społeczna) (Mądrzycki, 1977).

Oprócz opisanych powyżej mechanizmów w analizie zmiany postaw ważne jest branie pod uwagę następujących elementów: cech nadawcy, odbiorcy, cech przekazu i cech kanału komunikacji, a także interakcji między nimi (por. schemat nr 6).

Cechy nadawcy

Nadawcą jest zawsze jednostka, diada lub grupa, posiadająca specyficzne postawy i przekazująca je w sposób mniej lub bardziej świadomy, pośrednio lub bezpośrednio, z mniejszym lub większym skutkiem. W oddziaływaniu tym można wyodrębnić kilka prawidłowości.

Ogólnie rzecz ujmując, na postawy jednostki w największym stopniu wpływają następujące środowiska wychowawcze:

- rodzina - rodzice odgrywają zasadniczą rolę w kształtowaniu postaw ze względu na posiadane cechy, jak i na stosowane środki wychowawcze. Wiąże się to z następującymi charakterystykami relacji rodzic - dziecko: kontakty bezpośrednie, silna więź, zaspokajanie bazowych potrzeb. Istotny jest również moment oddziaływania. Jak konstatuje Mądrzycki - rodzice oddziałują na dziecko w okresie, gdy jest ono niemal *tabula rasa*, kiedy jego psychika jest bardzo plastyczna (Mądrzycki, 1977, s.144),
- grupa rówieśnicza - odgrywa ona szczególnie istotną rolę w okresie dorastania. W grupie wymagania są mniejsze i mniej kategoryczne niż w rodzinie, łatwiej o dowartościowanie, wzmocnienie pozytywne, poczucie odrębności i wspólnoty z rówieśnikami, co ma istotne znaczenie w procesie kształtowania postaw,
- osoby znaczące, wśród których są wychowawcy, nauczyciele - ich wpływ wiąże się z zaspokajaniem potrzeb, gdyż są to osoby, które mają największe ku temu możliwości. Nauczyciele mogą być dostarczycielami postaw w momencie gdy stają się autorytetami lub zaspokajają istotne potrzeby (również pozaintelektualne) ucznia. Istotną rolę odgrywa tu również czynnik czasu związany z przebywaniem dziecka w rodzinie, później zaś szkole,
- środki masowego przekazu, ze względu na powszechność, dostępność i atrakcyjność, stają się coraz bardziej istotnym środkiem generowania ni modyfikacji postaw (Melosik, 1996, 2010).

Szczegółowa analiza efektywności wpływania na postawy pozwala wyodrębnić kilka cech nadawców różnicujących ich pod tym względem. Właściwością nadawcy, która w sposób oczywisty

determinuje odbiór komunikatu, jest jego wiarygodność. Gdy przekaz pochodzi ze źródła wiarygodnego jest oceniany jako merytorycznie uzasadniony i zrozumiały. Osoby uznane za wiarygodne (osoba kompetentna w danej dziedzinie) w znacznym stopniu wpływają na słuchaczy głównie za pośrednictwem komunikatów perswazyjnych i przetwarzania heurystycznego (na zasadzie: „orzeczenia eksperckie są trafne”). Owe proste reguły wnioskowania, jakimi są heurystyki, wiążą określoną wskazówkę heurystyczną (na przykład wiarygodność eksperta) z konkluzją wartościującą (zgodzenie się z osobą wiarygodną) (Bohner, Wanke, 2004). Nadawca wiarygodny to taki, którego odbiorca postrzega jako kompetentnego w dziedzinie, której dotyczy dany przekaz. Dodatkowo skuteczność perswazyjną zwiększają kompetencje komunikacyjne, oratorskie, na przykład stosowanie języka zarezerwowanego dla danej dziedziny. Nie bez znaczenia jest atrybucja intencji przekaziciela komunikatu, który powinien wykazać się dbałością o dobro odbiorcy i znikomym dążeniem do zaspokojenia własnych potrzeb (intencje oceniane jako „czyste”). Zatem aby nastąpiła zmiana postawy, dany komunikat powinien zostać przypisany rzeczywistości zewnętrznej, nadawca nie powinien kierować się własnym interesem ani opinią audytorium. Podsumowując: osoba postrzegana jako nadawca wiarygodny wywołuje w postawach odbiorcy zmiany w pożądanym przez siebie kierunku. Nadawca niewiarygodny takich zmian nie wywołuje, co więcej, może indukować zmiany w kierunku przeciwnym niż zamierzony (efekt bumerangowy). Konsekwencje w postaci niezgodności intencji nadawcy z postawami odbiorcy wiązać się mogą również z nadmiernymi sankcjami. Teoria reaktancji psychologicznej dowodzi negatywnych skutków restrykcji ograniczających wolność jednostki. Podkreśla się tu, że w sytuacji gdy początkowa swoboda wyboru zachowań zostanie u jednostki zminimalizowana (czego dowodem jest odczucie dysonansu),

wówczas może pojawić się efekt bumerangowy (Cialdini, 2004). Polega on na wzmocnieniu siły poprzedniej postawy lub braku zmiany postaw w pożądanym kierunku. Walka z wymierzonymi sankcjami motywuje jednostkę do przywrócenia swobody wyboru i pozytywnej oceny wyeliminowanych możliwości (Brem, za; Bohner, Wanke, 2004; Mika, 1981).

Ocena wiarygodności nadawcy zależy od różnych czynników społecznych, politycznych i kulturowych. Intencje nadawcy mogą być oceniane w zależności od tego, do jakiej grupy on należy: jeżeli jest to grupa własna, to nadawca jest wiarygodny (szczególnie w zakresie intencji), jeżeli jest to grupa obca lub wroga - może być on oceniany jako niewiarygodny (Mika, 1981). Dużą rolę w akceptacji komunikatu odgrywa również atrakcyjność nadawcy oraz ocena jego podobieństwa do odbiorcy (Bishop, 2000; Cialdini, 2004; Wojciszke, 2000). Wiarygodność nadawcy jest też oceniana w zależności od tego, jak postrzegane są jego postawy (jeżeli są zbliżone do postaw odbiorcy, to jego wiarygodność jest wyższa niż wówczas, gdy są z nimi rozbieżne).

Cechy przekazu

Podobnie jak cechy nadawcy, tak i cechy przekazu wpływają na zmianę i kształtowanie postaw. Ogólnie przyjmuje się, że najskuteczniejsze są komunikaty sformułowane w sposób jasny, zwięzły, zawierające fakty, wnioski i zalecenia dla odbiorcy. Najłatwiej przyjmowane są treści zgodne z posiadanymi przez odbiorcę postawami, co ułatwia ich percepcję i utrwalenie. W przypadku, gdy przekaz jest sprzeczny z centralnymi informacjami, wówczas podmiot wytwarza wobec nich negatywne nastawienie. W konsekwencji wiązać się to może z procesami zniekształcania informacji, z oporem i opisanymi w dalszej

części pracy mechanizmami obronnymi. Dodatkowo wystąpić tu może, wspomniany już, efekt bumerangowy.

W zależności od wykształcenia i pierwotnej postawy odbiorców bardziej skuteczny może być komunikat operujący argumentacją jednostronną lub dwustronną. Gdy wykształcenie odbiorców nie jest wysokie, a pierwotne postawy są pozytywne wobec sugestii zawartych w przekazie, skuteczny jest przekaz jednostronny. Przekaz jednostronny jest skuteczny, o ile odbiorca nie zdaje sobie sprawy z istnienia alternatywnego stanu rzeczy niż ten w nim zakreślony (Wojciszke, 2000). Przy oddziaływaniu na odbiorców o wyższym poziomie wykształcenia, dobrze poinformowanych lub nastawionych sceptycznie, należy antycypować możliwe obiekcje, stąd też bardziej skuteczny jest w tym wypadku przekaz dwustronny. Przekaz dwustronny ma jeszcze tę zaletę, że w większym stopniu uodparnia na działanie kontrpropagandy (Bishop, 2000).

Na skuteczność przekazu wpływa również jego organizacja. Istotną rolę odgrywa kolejność argumentacji wyrażająca się w *efekcie pierwszeństwa* (silniej działają informacje podane w pierwszej kolejności) oraz *efekcie świeżości* (silniej działają informacje najświeższe, podane na końcu). Istotnym czynnikiem decydującym o wystąpieniu określonego efektu jest czynnik czasu. Jak pisze Wojciszke - efekt pierwszeństwa pojawia się wtedy, gdy „różnica pamięciowego wieku” między pierwszym a drugim przekazem jest niewielka, a pomiar postawy jest na tyle odległy w czasie, że różnica ta staje się nieistotna. Kiedy wcześniejszy przekaz zostanie zapomniany, a drugi jest świeży, wówczas hamowanie proaktywne, związane z utrudnieniem zapamiętania kolejnych informacji, słabnie (Wojciszke, 2000). To, które elementy przekazu wpłyną bardziej na postawy odbiorców, czy podane w nim jako pierwsze, czy podane jako ostatnie, zależy od szeregu czynników, między innymi od tego, czy

sprawa jest odbiorcy znana. Elementy rozpoczynające przekaz wpłyną w większym stopniu na odbiorcę - znawcę tematu, dalsza część natomiast oddziałuje intensywniej na laika.

Cechy odbiorcy

Moderatorem wpływu przekazu na postawy są pewne charakterystyki odbiorcy oraz sytuacji, w której się on znajduje. Kształtowaniu i modyfikacji postaw sprzyjają wszelkie nagłe przemiany dokonujące się zarówno w podmiocie, jak i w jego otoczeniu. Przykładem zwiększonej podatności na przekształcanie systemu postaw jest okres dojrzewania. Występujące w nim wyraźne zmiany osobowości, jak szybki rozwój myślenia abstrakcyjnego i krytycyzmu, zwiększają prawdopodobieństwo modyfikacji postaw.

Na kształtowanie i zmianę postaw wpływać będą takie osobowe charakterystyki jednostki, jak wykształcenie, poziom lęku, poczucie własnej wartości (Mądrzycki, 1977; Bohner, Wanke, 2004; Nowak, 2000). Czynnikiem różnicującym jednostki w kontekście zmiany postaw jest podatność na perswazję, która łączy się z poczuciem nieadekwatności społecznej, wysokim poziomem zależności od sygnałów pochodzących z zewnątrz, niskim poziomem samooceny ogólnej i szczegółowej (Mika, 1981; Bohner, Wanke, 2004). Liczne badania wskazują również, że podatność na perswazję zależy od nastroju odbiorców, co uzasadnić można odmiennymi funkcjami adaptacyjnymi pozytywnych i negatywnych emocji. Nastrój pozytywny działa demobilizująco, wiąże się ze spadkiem czujności, a jednocześnie ze wzmocnieniem tendencji do posługiwania się uproszczonymi heurystykami (Wojciszke, 2000).

Tylko znikomy procent odbiorców preferuje argumenty wyłącznie emocjonalne lub racjonalne. Skłonność do wyboru argumentów

racjonalnych wiąże się z takimi cechami, jak wysoki poziom wykształcenia, poszukiwanie informacji o przedmiocie postawy, skłonność do dominacji i wysoka tolerancja. W analizie komunikatów emocjonalnych uwaga badaczy koncentruje się w głównej mierze na oddziaływaniach opartych na strachu (ang. *fear appeal*). Wyniki badań na temat efektywności komunikatów wywołujących u odbiorcy negatywne reakcje afektywne są niespójne, zaś metody oparte na straszaniu wzbudzają wiele kontrowersji. Ogólnie przyjmuje się, że osoby o niskim poziomie lęku (jako cechy) silniej reagują na przekazy wywołujące negatywne emocje, niż osoby o wysokim poziomie lęku. Skuteczność wpływu negatywnych emocji na zmianę postaw i zachowań będzie zależała również między innymi od charakteryzującego odbiorcę poczucia własnej wartości, umiejscowienia kontroli (ang. *locus of control*), jego roszczeniowości i wcześniejszych doświadczeń (Wojnarowska, 2008; Mika, 1981). Nowsze badania nad skutecznością oddziaływania opartego na strachu wskazują na, ważne w tym kontekście, elementy komunikatu, takie jak przedstawiona w nim skala zagrożenia, urealnienie i personifikacja zagrożenia, wskazanie sposobów uniknięcia zagrożenia (Rogers, Maddux, 1983, za: Bishop, 2000; Wojnarowska, 2008).

Zmiany postaw zależą od stopnia zaangażowania odbiorcy w sprawę, co łączy się również z oceną wiarygodności nadawcy. Gdy odbiorca jest słabo zaangażowany albo nadawca bardzo wiarygodny, to dobry efekty wywołuje nawet przekaz bardzo rozbieżny z początkowymi postawami. Dodatkowo, aktywne odbieranie przekazu przez odbiorcę pozytywnie koreluje ze zmianą jego postaw (Mika, 1981; Bohner, Wanke, 2004)

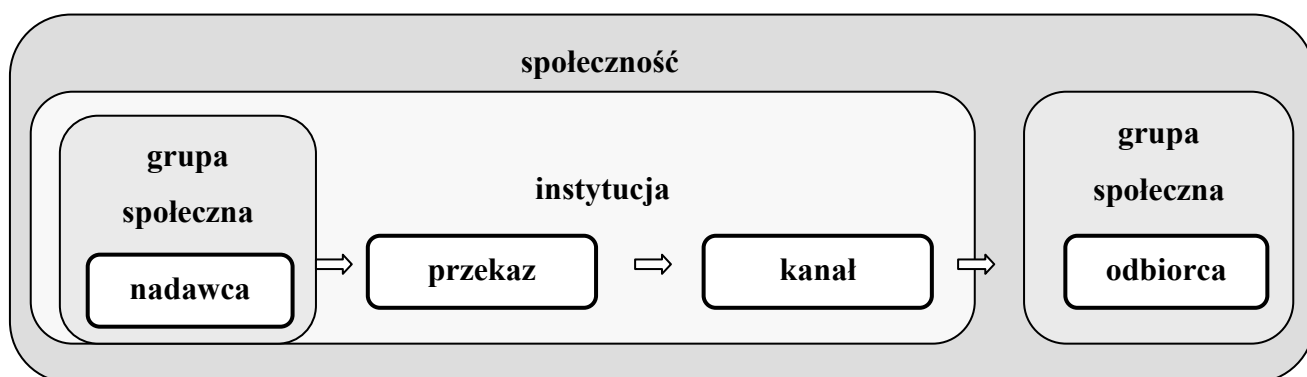
Nie tylko cechy odbiorcy, ale również procesy z nim związane będą determinowały kierunek i siłę zmiany postaw. U odbiorcy może

pojawić się dysonans poznawczy (ang. *postdecisional dissonance*) (Festinger, 1957, za: Wosińska, 2004) związany z przekazem, którego treść jest niezgodna z treścią przekonań odbiorcy, a także z odczuwaniem przez niego stanu przykrego napięcia. Wysiłek poczyniony przez jednostkę, motywacja oraz konsekwencje jej zachowań mogą w różny sposób wpłynąć na redukcję dysonansu poznawczego. Jednym ze sposobów minimalizowania tego nieprzyjemnego stanu niezgodności przekonań po podjęciu decyzji jest właśnie zmiana postawy (por. Bohner, Wanke, 2004; Cialdini, 2004; Wojciszke, 2000). Wraz ze wzrostem rozbieżności między proponowanym stanowiskiem a postawą odbiorcy może dojść do spadku wiarygodności nadawcy. Redukcja dysonansu będzie w takiej sytuacji przebiegać w kierunku deprecjonowania nadawcy i odrzucenia jego przekazu.

Zarówno charakterystyki odbiorcy, jak i sytuacja, w której on się znajduje, będą determinować siłę i kierunek owego wpływu. Jak zauważają Bohner i Wanke - zmiany w postawach mogą prowadzić do niezgodnych z nimi zmian zachowań w sytuacji, gdy jednostka musi powstrzymać się od preferowanych wzorów behawioralnych. Związane jest to z oporem psychologicznym, co wyjaśnia opisana wyżej teoria reaktancji. Dodatkowo niezgodność pojawia się wówczas, gdy jednostka jest nagradzana za zachowanie, które wynika z motywacji wewnętrznej. W takiej sytuacji może nastąpić zmiana postawy, gdyż zewnętrzna nagroda dewaluuje znaczenie wewnętrznej motywacji. Aby uniknąć opisywanego tu *efektu nadmiernego uzasadnienia* (Bohner, Wanke, 2004) można zastosować informację zwrotną o osiągnięciach, która - podana w bezpiecznym środowisku społecznym - będzie respektować autonomię i uczucia wykonawcy.

Pozostałe wymieniane w literaturze cechy sytuacji i przekazu, które wiążą się ze zwiększonym prawdopodobieństwem zmiany postaw, można podsumować w kilku punktach:

- komunikat powinien rozpoczynać się od podania wspólnych z odbiorcą postaw i przekonań,
- prelegent musi zostać odpowiednio przedstawiony,
- forma przekazu (język, styl, składnia, tempo mowy, siła i barwa głosu) muszą być zachęcające,
- komunikat powinien być bezpośredni i skierowany do małej grupy, co minimalizuje ryzyko wystąpienia zjawisk takich jak „niewiedza wielu” lub „próżniactwo społeczne”, jak również redukuje podejrzenia o intencjonalny wpływ społeczny (Cialdini, 2004; Strelau, 2000).



Schemat 6. Elementy istotne w procesie kształtowania i zmiany postaw (źródło: Mika, 1981)

Rozdział 2. Młodzież studiująca w Polsce i we Francji

Z uwagi na problemy definicyjne i wielość koncepcji odnoszących się do okresu rozwojowego, w którym znajdują się studenci, w pracy uwypuklone zostaną przemiany charakterystyczne dla wczesnej dorosłości. Charakterystyka fazy adolescencji zostanie ograniczona do tych aspektów, które w sposób bezpośredni wpływają na młodych dorosłych.

Dorosłość jest utożsamiana ze zdolnością jednostki do podejmowania nowych ról społecznych. Role te oscylują wokół kariery

edukacyjnej, zawodowej, poprawy statusu społeczno-ekonomicznego, a także zadań związanych z założeniem własnej rodziny i uniezależnieniem się od rodziny pochodzenia. Adolescencja to okres przemian, który łączy dzieciństwo z dorosłością i obejmuje przedział od 10. do około 20. roku życia. Faza późnej adolescencji (wiek młodzieńczy) obejmuje umownie okres od 16. do 20. roku życia (Łapińska, Żebrowska, 1986, za: Obuchowska, 2000). Faktem jest jednak, że okresu adolescencji, podobnie jak dorosłości, nie da się zamknąć w sztywne ramy czasowe. Nie jest również możliwe wyraźne oddzielenie od siebie tych faz rozwoju, tym bardziej, że ich przebieg jest w dużej mierze uwarunkowany czynnikami społeczno-kulturowymi i biograficznymi.

2.1. DOJRZAŁOŚĆ BIOLOGICZNA, SEKSUALNA, PSYCHICZNA I SPOŁECZNA

W fazie wczesnej dorosłości, po intensywnych przemianach charakterystycznych dla dojrzewania, organizm jest u szczytu psychofizjologicznej sprawności. Jest to okres względnej stabilizacji w tym rozumieniu, że pewne elementy osiągnęły szczytową fazę rozwoju, a tym samym kompensowany jest regres innych. Następuje równowaga między procesami katabolicznymi i anabolicznymi. Osiągnięcie dojrzałości odnosi się również do biologicznego, psychicznego, społecznego i seksualnego aspektu funkcjonowania (por. schemat nr 7). Woynarowska podkreśla, że z uwagi na akcelerację dojrzewania fizycznego i decelerację dojrzewania społecznego dojrzałość w tych sferach nie jest osiągnięta równocześnie (następuje rozszczepienie dojrzewania) (Woynarowska, 2010).

Przebieg ontogenezy w poszczególnych pokoleniach ulega zmianom adekwatnym do zmian środowiska, a szczególnie warunków bytowych. Jak zauważa Wolański - w skali populacji różnice między

pokoleniami są w pierwszym rzędzie pochodną procesu selekcji genetycznej, a w skali rodziny - w pierwszym rzędzie wynikiem zmiany warunków bytowych (Wolański, 1983, s.667). Od połowy XIX wieku następuje przyspieszenie rozwoju biologicznego. Ma to związek z rozwojem medycyny i lepszą dostępnością jej zdobyczy, poprawą warunków higienicznych i bytowych, większą świadomością i odpowiedzialnością społeczeństwa za zdrowie. W populacji osób młodych obserwowany jest trend seksualny związany z podwyższeniem wysokości i proporcji ciała, a także z przyspieszeniem tempa rozwoju (Jopkiewicz, 2006; Wolański, 1983). W związku z akceleracją dojrzewania biologicznego (w tym płciowego) pojawia się rozdźwięk między nim, a rozwojem psychicznym. W rezultacie - jak pisze Gola - rozwój ciała znacznie wyprzedza rozwój umysłu i powstaje napięcie wyrażane antynomią: dorosłe ciało *versus* niedorośły umysł (Gola, 200, s.11). Na to nakłada się opóźnienie w zakresie wypełniania ról zawodowych i rodzicielskich oraz przedłużona zależność od rodziców uwarunkowana w dużej mierze czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Ten szerszy kontekst, niepozostający bez związku z biologicznym aspektem funkcjonowania młodych dorosłych, staje się przedmiotem analiz psychologicznych i socjologicznych.

dojrzałość biologiczna:

- osiągnięcie ostatecznych rozmiarów i proporcji ciała
- osiągnięcie typowych dla człowieka dorosłego funkcji układów i narządów
- dojrzałość motoryczna
- dojrzałość płciowa (zdolność do tworzenia komórek rozrodczych, zapłodnienia, porodu)

dojrzałość psychiczna:

- branie odpowiedzialności za swoje czyny (odpowiedzialność prawna)
- zdolność kontroli emocji i zachowań
- umiejętność dokonywania alternatywnych wyborów i podejmowania decyzji
- autonomia

dojrzałość społeczna

- zdolność do pełnienia ról w rodzinie i społeczeństwie
- umiejętność sprawnego komunikowania się, zarobkowania, utrzymania siebie i rodziny

dojrzałość seksualna

- pojawienie się napięcia seksualnego i zdolność do przeżywania orgazmu

Schemat 7. Aspekty dojrzałości (źródło: opracowanie własne, za: Woynarowska, 2010, s. 25)

Dojrzałość biologiczna

To co biologiczne jest uniwersalne i stanowi bazę, na którą nakładają się z różnym nasileniem rozmaite czynniki psychospołeczne. Biologiczne podstawy rozwoju związane są z wyposażeniem genetycznym, jednostkową budową anatomiczną oraz z czynnikami biochemicznymi, a więc funkcjonowaniem układu hormonalnego, rozrodczego, nerwowego. Rozwój w okresie młodzieńczym i wczesnej dorosłości zależy od wyposażenia biologicznego jednostki, ale również od przebiegu wcześniejszych faz jej życia, dokonywanych wówczas wyborów oraz czynników zewnętrznych wymuszających i determinujących owe wybory. Mechanizmy fizjologiczne są zatem istotne

w rozpatrywaniu rozwoju człowieka, obok nich należy jednak uwzględnić inne mechanizmy, które nie mają charakteru uniwersalnego i są zależne od kontekstu socjo-kulturowego oraz czynników psychicznych.

W sferze psychofizjologicznej organizm młodej osoby osiąga optimum swoich możliwości. U kobiet osiągnięcie dojrzałości płciowej sygnalizują regularne, comiesięczne cykle menstruacyjne, u mężczyzn zaś nieprzerwana produkcja plemników (spermatogeneza) i nasienia (spermioogeneza). Mimo, że pełną sprawność gonad i narządów rozrodczych kobieta osiąga po zakończeniu dojrzewania, to wydaje się, że optymalne warunki dla prawidłowego przekazywania informacji genetycznej występują u kobiet ok. 25.-30. roku życia (30.-35. roku życia u mężczyzn). Wskazują na to następujące fakty:

- zmniejsza się częstotliwość zaburzeń miesiączkowania,
- do 25. roku życia około 40% cykli menstruacyjnych kobiety nie kończy się dojrzewaniem gamet,
- najmniej noworodków o niskiej masie ciała, a więc znajdujących się w tzw. grupie ryzyka, rodzą matki w 25.-34. roku życia,
- zaobserwowano, że optymalny rozwój między 14. a 20. rokiem życia następował, gdy matka rodziła mając 21-32 lata (por. Chrzastek-Spruch, 1979, za: Gurba, 2000, s. 208).

Niezależnie od zróżnicowanego ze względu na płeć tempa rozwoju płciowego, inne zmiany następują w większym lub mniejszym stopniu równolegle. W okresie wczesnej dorosłości układ krążenia, serce i sieć naczyń krwionośnych są całkowicie dojrzałe, oddychanie staje się wolniejsze i głębsze. Maksymalny rozwój tkanek aktywnych metabolicznie występuje u mężczyzn między 20. a 25. rokiem życia, a u kobiet między 16. a 19. rokiem życia (Gurba, 2000, s.208). Wraz z innymi zmianami somatycznymi można zaobserwować początki

trwałego osadzania się kręgow i dysków kręgowych, dające w rezultacie drobne obniżenie wzrostu, który przyjmuje w tym okresie wartość ostateczną. Kończy się proces różnicowania tkanek, w tym właśnie tkanki kostnej. Może temu towarzyszyć przyrost wagi związany ze zmianami metabolicznymi (Turner, Helms, 1999). Bardzo ważna staje się wówczas aktywność fizyczna, szczególnie że na okres ten przypada najintensywniejszy rozwój masy mięśniowej. Również rozwój motoryczny osiąga szczyt między 20. a 30. rokiem życia. Wówczas też wydolność organizmu jest najlepsza, a ruchy ekonomiczne i dostosowane do celów realizowanych w życiu codziennym, pracy, sporcie.

Dojrzałość seksualna

Dojrzałość seksualną należy wyraźnie odróżnić od dojrzałości płciowej. Rozumiana jako zdolność do przeżywania wrażeń seksualnych, odczuwania popędu oraz przeżywania orgazmu (Izdebski, 2010), dojrzałość seksualna pojawia się w odmiennym czasie u przedstawicieli obu płci. U chłopców proces ten objawia się silnym napięciem seksualnym i potrzebą jego rozładowania, co zazwyczaj wyprzedza dojrzałość psychiczną i społeczną. Zupełnie inaczej zjawiska te przebiegają u dziewcząt, które dojrzałość seksualną osiągają w wieku 18-25 lat. Jak podkreśla Długołęcka, chłopcy przeżywają pierwsze orgazmy równoległe z wytryskiem nasienia, w przypadku dziewcząt tylko 23% przeżywa orgazm do 15. roku życia (90% ma orgazm do 35. roku życia) (Długołęcka, 2006, s.66).

Pojawienie się napięcia seksualnego u młodej osoby nie zawsze wiąże się z odczuciem przyjemności, charakterystycznej dla osoby o w pełni ukształtowanej seksualności. Długołęcka zwraca uwagę na możliwe reperkusje związane z pojawieniem się pierwszych uczuć erotycznych:

- w związku z tym, że potrzeba seksualna jest nowa i nie do końca uświadamiana, może powodować ona wewnętrzne napięcie i niezrozumiały niepokój,
- napięcie seksualne może pojawiać się w sytuacjach, które do tej pory nie miały zabarwienia erotycznego, co może w młodym człowieku zmniejszyć poczucie bezpieczeństwa,
- sposoby zaspokajania potrzeby seksualnej nie zawsze są zgodne z oczekiwaniami społecznymi i obowiązującymi normami (np. normami religijnymi), co może wywołać lęk i poczucie winy (Długołęcka, 2006). Dodatkowo pierwsze zachowania seksualne mogą być poddane wpływom środowisk socjalizacyjnych o sprzecznych ze sobą przekazach normatywnych i oczekiwaniach wobec młodego człowieka. Przykładem jest częsty brak zgodności między wymaganiami grupy rówieśniczej i rodziców. Początek życia seksualnego oparty jest w dużej mierze na wzorcach czerpanych z mediów, a te zwłaszcza w odniesieniu do pornografii są często wyolbrzymione i nieadekwatne do rzeczywistości (Milewski, 2008). Może to rodzić poczucie nieadekwatności, zagubienia, zmniejszonego poczucia własnej wartości i mniejszej atrakcyjności seksualnej.

W początkowej fazie aktywność seksualna może cechować się niedojrzałością, sztywnością, nieuporządkowaniem. U przedstawicieli obydwu płci aktywność seksualna przechodzi od form wstępnych, niedojrzałych, do form coraz dojrzalszych. Pierwszym sposobem minimalizowania napięcia seksualnego jest najczęściej masturbacja. Z relacji osób badanych wynika, że w okresie dorastania masturbację podejmuje większość chłopców (60-90%) i spora część dziewcząt (40%-75%) (Izdebski, 1992; Obuchowska, Jaczewski, 2002; Imieliński, 1985). Poza aktywnością autoerotyczną w młodości pojawiają się pierwsze

miłości i relacje seksualne. Pierwszą formą seksualnej relacji z partnerem jest zazwyczaj petting i necking. Średni wiek rozpoczynania pettingu u dziewcząt przypada na około 17.-18. rok życia, natomiast chłopców na 16,-17. (Izdebski, 1992). Petting, jako namiastka aktywności genitalnej i swoiste do niej preludium, pozwala na poznanie odmienności płciowej, wrażliwości, uczuć, mapy erogennej partnera, ale również własnej reaktywności. Jest to trening interakcji erotycznej, sposób na nawiązanie pierwszych kontaktów erotycznych, budowanie partnerstwa, a tym samym zminimalizowanie niedojrzałych i egoistycznych zachowań we współżyciu seksualnym. Z punktu widzenia konsekwencji ryzykownych zachowań seksualnych, jest to również forma moratorium i zabezpieczenia młodzieży. Kolejnym krokiem świadczącym o rozbudowie kontaktów diadycznych jest stosunek genitalny. Z przeprowadzonych w wielu krajach badań dotyczących wieku inicjacji seksualnej wynika generalna tendencja do jego obniżenia (Długołęcka, 2006). Wyraźnie zauważalne jest również stopniowe wyrównywanie wieku inicjacji seksualnej kobiet i mężczyzn. Inne tendencje to oddzielenie seksualności od reprodukcji (szczególnie nasilone u młodych osób), co widać we wskaźnikach stosowania środków antykoncepcyjnych. Jak konstatuje Lagrange - od końca XX wieku uwidacznia się jeszcze jedna tendencja - wydłużanie przedziału czasowego dzielącego pierwszy pocałunek i formy pregenitalne od samego aktu seksualnego (Lagrange, 1997a, s. 119). Spośród badanych we Francji nastolatków przed 18. rokiem życia 8,1% miało za sobą doświadczenie pettingu, a 2% seksu oralnego (Warszawski, 1997). We Francji w ciągu ostatnich 50 lat obniżył się o około 3 lata (do około 14. roku życia) średni wiek pierwszego pocałunku (z penetracją), który jest uznawany za istotny element inaugurujący fazę pregenitalną (Bozon, 2008a, s. 122). Coraz bardziej zauważalny jest zatem model polegający

na opóźnieniu stosunku genitalnego przy jednoczesnym wzroście popularności innych form aktywności seksualnej, z seksem oralnym i analnym włącznie.

Dojrzałość psychiczna i społeczna

W okresie młodości i wczesnej dorosłości niezwykle rozwinięte są funkcje intelektualne, ćwiczone dodatkowo w procesie edukacji. Maksymalną wielkość osiąga wówczas mózg, a zdolność przyswajania i wykorzystywania wiedzy zbliża się do maksimum jednostkowych możliwości (mimo tego, że stopniowo pogarsza się zdolność przechowywania nowych informacji). W korze mózgowej młodego człowieka dochodzi do tworzenia nowych synaps, a w niektórych obszarach mózgu (w hipokampie, poduszce węchowej) mogą tworzyć się nowe neurony (Woynarowska, 2010). W okresie wczesnej dorosłości modalności zmysłów podlegają niewielkim przemianom w zakresie widzenia (częściowa utrata elastyczności soczewek i ich zdolności do ogniskowania się na bliskich obiektach) i słyszenia (po 20. roku życia słyszalność dźwięków o najwyższej częstotliwości nieco się obniża).

Zmiany w sferze psychicznej mają charakter ilościowy i jakościowy. Jest to czas permanentnego wykorzystywania zdolności kreatywnego myślenia, podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów. Progres w zakresie kontroli i planowania zachowań możliwy jest dzięki intensywnemu rozwojowi kory czołowej (Woynarowska, 2010). Jednostka rozszerza swoje schematy poznawcze o elementy afektywno-osobowościowe i kształtuje wzory postępowania związane z uniezależnieniem się od rodziców, wyborem stylu życia, rozwijaniem ról właściwych dla swojej płci (Pascal-Leone, za: Kielar-Turska, 1999, s. 319). Wiele teorii wskazuje na rozwój myślenia postformalnego w tym wieku. Charakteryzuje się ono integracją sfery logiki i emocji.

W poszukiwaniu rozwiązań akceptowana jest wieloznaczność, sprzeczności oraz ograniczenia narzucone przez realia życia. Aspekt formalny myślenia przeplata się tu z treściowym, co pozwala osobie dorosłej na rozwiązywanie nawet skomplikowanych problemów. Operacje formalne, a więc czysto logiczne, analityczne stopniowo są zastępowane głębszymi formami rozumowania. Łączą się one z relatywistycznym ujmowaniem wiedzy i systemów wartości, co umożliwia bardziej wszechstronne rozwiązywanie sytuacji problemowych i nawiązanie głębszych relacji interpersonalnych. Jak podkreśla Gurba - adaptacyjny charakter myślenia relatywistycznego ujawnia się szczególnie wyraźnie w kontaktach społecznych, bowiem ten rodzaj myślenia umożliwia zrozumienie różnych systemów przekonań i rozumowań, zapewniając tym samym lepszą komunikację z innymi (Gurba, 2000, s. 213). Kategorią opisu myślenia postformalnego są również struktury dialektyczne. Są to szersze, niż formalno-operacyjne, schematy poznawcze, które ujmują stałą zmienność i sprzeczność w bardziej adekwatne reprezentacje świata.

Obok zmian fizjologicznych i psychicznych następuje akceleracja rozwoju społecznego. Wkroczenie w okres wczesnej dorosłości stawia jednostkę w sytuacjach, które wymagają podjęcia niezwykle istotnych decyzji, a tym samym ugruntowania przyjętego systemu wartości. Wybory determinujące nierzadko dalszy przebieg życia wymuszają przeciwstawianie różnych wartości i postaw, a ich symultaniczność, w połączeniu z presją otoczenia, może być dużym obciążeniem dla jednostki. Przekroczenie granicy między młodością i dorosłością, nazywane okresem wyborów, jest odbiciem wcześniejszych etapów cyklu życia jednostki. Mimo tego funkcjonowanie w tej fazie można uznać za niepowtarzalne i wyjątkowe w odniesieniu do faz poprzednich, właśnie ze względu na ilość, symultaniczność, a także rangę

jednostkowych wyborów i doświadczeń (Ray, 2004). Wiele z tych wyborów pozostaje ekonomicznie i społecznie sprzecznymi.

Młodość, niezależnie od przyjętej definicji i wyznaczonych ram czasowych, reprezentuje ten etap w życiu człowieka, w którym spełniają się doniosłe czy bodaj nie najważniejsze zmiany w rozwoju każdej jednostki, a więc uniezależnienie się od rodziców, budowanie własnej autonomii, a także konstruowanie i wykorzystanie umiejętności społecznych (Braun-Gałkowska, 1994). To w okresie dorastania szczególną rolę zaczynają odgrywać relacje z rówieśnikami, spośród których niezwykle ważne są związki przyjaźni i miłości. Sposobem na wzmocnienie własnej pozycji w grupie rówieśniczej okazują się nierzadko zachowania antyzdrowotne. Mogą stać się one sposobem na wyraziste i jednoznaczne zaznaczenie swej autonomii. W tym okresie pogorszeniu mogą ulec relacje z rodzicami, co może być spowodowane m.in.: charakterystyką funkcjonowania emocjonalnego młodej osoby, ignorowaniem poleceń wychowawczych będącym przejawem buntu młodzieńczego, wzmożonym krytycyzmem młodzieży wobec rodziców lub chęcią uzyskania przez młodego człowieka niezależności (Coleman, 1995; Oleszkiewicz, 2006).

W procesie kształtowania umiejętności interpersonalnych i w formowaniu obrazu siebie młodych ludzi zasadniczą rolę odgrywa grupa rówieśnicza. Środowisko rówieśnicze stanowi teren różnorodnych interakcji interpersonalnych, jest miejscem treningu społecznego i wstępnych doświadczeń. W grupie młodzi ludzie mogą stawiać pierwsze kroki w podejmowaniu różnorodnych ról społecznych, potwierdzać swą atrakcyjność, jak również eksperymentować w zakresie życia seksualnego. Dominują tu mechanizmy wpływu społecznego, takie jak konformizm, posłuszeństwo wobec autorytetu, zasada podobieństwa

oraz lubienia i sympatii (Wosińska, Strelau, 2000; Cialdini, 2004). Funkcjonowanie w grupie rówieśniczej pozwala na swobodne dzielenie się nie tylko posiadaną wiedzą, ale również własnymi doświadczeniami. Wyniki analiz dotyczących socjalizacyjnych uwarunkowań postaw wobec seksu wskazują, że istniejące wśród młodzieży zapotrzebowanie na informacje dotyczące życia seksualnego człowieka jest zaspokajane w znaczącym stopniu przez rówieśników.

Stopniowe przechodzenie młodych dorosłych od zależności uczuciowej i niekontrolowanego uzewnętrzniania uczuć do autonomii i kontrolowania uczuć w fazie późnej adolescencji, pozwala na zupełnie nową jakość kontaktów interpersonalnych. Oparte na kontestacji wartości świata dorosłych uczestnictwo w (zazwyczaj jednopłciowej) grupie rówieśniczej jest stopniowo zastępowane przez inne relacje. Rośnie zainteresowanie uczestnictwem w grupach heteroseksualnych opartych na wspólnocie zainteresowań i wartości. Młodzi dorośli stają się również otwarci na relacje z osobami starszymi, szczególnie stanowiącymi autorytet w jakiejś dziedzinie. Wejście w dorosłość charakteryzuje wzrastająca gotowość jednostki do tworzenia długotrwałego związku i życia w diadzie, a w szerszej perspektywie czasowej - w rodzinie. Z badań przeprowadzonych wśród studentów różnych kierunków wynika, że istnieje istotna statystycznie różnica między związkami tworzonymi w okresie adolescencji (preintymnymi), a związkami z okresu wczesnej dorosłości (intymnymi) (por. schemat nr 8).

ZWIĄZEK PREINTYMNY	ZWIĄZEK PREINTYMNY
zaangażowanie	zaangażowanie
akceptacja	akceptacja
troska	troska
brak poczucia bliskości	poczucie bliskości
↓	↓
rozwój osobisty	rozwój osobisty
brak zdolności do poświęceń na rzecz związku lub poświęcenie + lęk o utratę ego	zdolność do poświęceń na rzecz związku bez lęku o utratę ego

Schemat 8. Porównanie związków preintymnych z okresu adolescencji i związków intymnych z okresu wczesnej dorosłości (Pindur, 2000, za: Brzezińska, 2007)

Różnica ta odnosi się przede wszystkim do poczucia bliskości oraz zdolności do poświęceń na rzecz związku, co w przypadku związku określanego jako intymny nie wiąże się z lękiem o utratę *Ego*. Osoby w okresie wczesnej dorosłości charakteryzuje większa tendencja do działania dla dobra związku w sytuacji, gdy pozostaje to w sprzeczności z dobrem własnym. Ponadto, jak dowodzi Pindur, związki intymne i preintymne różnią się między sobą pod względem akceptacji, troski i możliwości rozwoju osobistego. W związkach preintymnych poziom tych zmiennych jest niższy (Pindur, za: Brzezińska, 2007). Cechy

związku intymnego umożliwiają podjęcie decyzji dotyczących prokreacji. Decyzja o prokreacji i podejmowanie nowych ról wymaga od jednostki osiągnięcia dojrzałości, co przejawia się w zdolności do nawiązania trwałej i odpowiedzialnej relacji z drugim człowiekiem. Mimo, iż podjęcie nowych ról może być w sprzeczności z dotychczas pełnionymi rolami (np. rolą ucznia, pracownika, przyjaciela), to jednocześnie może stymulować rozwój jednostki.

Niezwykle ważna jest w tym okresie rola zawodowa, a podjęcie pracy jest często utożsamiane z osiągnięciem dojrzałości społecznej. Po pierwsze, status pracownika wiąże się z autonomią finansową. Podjęcie pracy wymaga też odpowiedzialnego wypełniania obowiązków w relacjach zależności pionowych i poziomych. Praca zawodowa to także poszerzenie kręgu znajomych, którzy wnoszą nową jakość do funkcjonowania jednostki i jej bliskich. Aktywność zawodowa może stać się zatem źródłem satysfakcji i samorealizacji (także na niwie pozazawodowej), z drugiej zaś strony źródłem stresu, który jednostka uczy się pokonywać.

Okres adolescencji i wczesnej dorosłości to okres kształtowania się tożsamości, zintegrowanego poczucia ja, które jest osobiście akceptowane przez jednostkę i odmienne od innych (Tuner, Helms, 1999, s. 45). Na tym etapie rozwoju młody człowiek poszukuje sposobów na określenie siebie, dokonuje wyboru między dostępnymi alternatywami, często eksperymentuje, poddaje próbie panujące powszechnie przekonania, rozwija zainteresowania (Obuchowska, 2000). W młodości kształtuje się motywacyjne i kierownicze centrum oraz dokonuje syntezy środków i sposobów realizacji dążeń, co stanowi dopełnienie konstrukcji osobowościowej. Jest to czas krystalizowania się systemu wartości, kształtowania przekonań religijnych i orientacji

moralnych, w tym w wymiarze płciowości i seksualności (Milewski, 2008). Okres późnej adolescencji to, zgodnie z koncepcją Kohlberga, postkonwencjonalny poziom rozwoju moralnego. Moralność nie jest wówczas oparta o cudze standardy, ale zostaje zinternalizowana niezależnie od autorytetu osób czy grup (Obuchowska, 2000). Aby osiągnąć najwyższy poziom rozwoju moralnego jakim jest stadium uniwersalnych praw etycznych jednostka musi przejść stadium, w którym zaczyna ujmować zasady moralne w kategoriach umowy społecznej. Przyjęte reguły stają się ważne w danym kontekście społecznym, a wartości zróżnicowane i względne. Dopiero ten etap umożliwia przejście w kierunku postrzegania praw, wartości, zasad sumienia jako uniwersalnych i stałych (Obuchowska, 2000).

2.2. CHARAKTERYSTYKA OKRESU ADOLESCENCJI I WCZESNEJ DOROSŁOŚCI W ŚWIETLE WYBRANYCH KONCEPCJI PSYCHOLOGICZNYCH

W koncepcjach psychologicznych istnieją zróżnicowane opisy okresu wczesnej dorosłości, między którymi doszukać się można punktów styczności. Przedział wiekowy obejmujący populację studentów rozpatrywany jest zazwyczaj w fazach (subfazach) wczesnej dorosłości, po części obejmuje również późną adolescencję.

2.2.1. Późna adolescencja i wczesna dorosłość w ujęciu Eriksona

Erikson, wychodząc z założenia o cykliczności przebiegu ludzkiego życia, dzieli je na osiem stadiów, w których zmiany rozwojowe zawsze zależne są od przebiegu stadiów wcześniejszych. Przyjmuje on zasadę epigenezy, zgodnie z którą poszczególne funkcje psychiczne pojawiają się u różnych jednostek w takiej samej fazie i kolejności (por. Brzezińska, 2007). Każde stadium jest podłożem następnego i wpływa na jego

przebieg. Czołowym pojęciem w teorii Eriksona jest pojęcie kryzysu związane z pojęciem *ego*. *Ego* to nieświadoma instancja psychiczna, która jest głównym ośrodkiem integrującym i organizującym ludzkie doświadczenie. Dzięki mechanizmom obronnym, posiadaniu własnej energii i popędów, odpowiada za przystosowanie jednostki do rzeczywistości. Kryzys jest doświadczany przez jednostkę wówczas, gdy staje ona wobec zadania wymagającego reorganizacji struktury *ego*. Jest to moment zwrotny, rozstrzygający, charakteryzujący się chwiejnością siły *ego* i dużym ładunkiem energii. Każdy kryzys rozpoczyna się od uświadomienia sobie przez jednostkę problemu jako pewnego zadania rozwojowego. Następnie przechodzi ona fazę, w której jest podatna na działanie czynników zewnętrznych. Pojawienie się kryzysu warunkują takie czynniki jak: nagromadzenie konfliktów i napięć, przełomowość, wysoki potencjał wzrostu i jednocześnie wysokie ryzyko rozkładu. Ważne jest, by jednostka doświadczała także negatywnego bieguna każdego z kryzysów, gdyż może to wzmacniać jej wysiłki w konfrontowaniu się z trudnościami i w rozwiązywaniu kryzysów. Charakter wyjścia z kryzysu uzależniony jest od przebiegu kryzysów poprzednich, aktualnie posiadanych przez jednostkę zasobów i możliwości lub też umiejętności czerpania z nich siły i sensu życia (por. Brzezińska, Trempała, 1999).

Według Eriksona dla procesu formowania tożsamości kluczowe znaczenie ma piąte stadium rozwoju przypadające na okres dorastania. Jest to pierwszy poważny krok w procesie budowania spójnej koncepcji siebie, a każde niepowodzenie w rozwiązaniu kryzysu tej fazy ma istotne reperkusje w dorosłości. Centralnym zadaniem rozwojowym stadium adolescencji jest ukształtowanie tożsamości. W przypadku późnej adolescencji (18-22 rok życia) chodzi o tożsamość indywidualną. Przed adolescentem zostaje postawione trudne zadanie określenia siebie jako odrębnej jednostki, a tym samym zakwestionowana musi zostać

dotychczasowa tożsamość. Wypróbowanie siebie w różnych rolach i sytuacjach jest możliwe dzięki okresowi moratorium, który oddziela okres dzieciństwa od dorosłości i jest nazywane <zaprogramowanym opóźnieniem>. Moratorium przyjmujące najczęściej postać przedłużonego okresu edukacji jest momentem eksperymentowania i ponoszenia konsekwencji za funkcjonowanie w przyjętych rolach (Musiał, 2007). Młody człowiek poszukuje wówczas idei, którym mógłby zaufać (aktualizacja problemu: zaufanie vs brak ufności), próbuje autonomicznie wybrać zgodną z oczekiwaniami drogę życiową (konflikt autonomia vs zwątpienie), poszukuje autorytetów, jednocześnie starając się o zbudowanie autorytetu własnego (aktualizacja problemu: inicjatywa vs wstyd i poczucie winy). Aby osiągnąć poczucie tożsamości jednostka wypróbowuje nowe role, eksploruje idee, przeddefiniowuje system wartości (wiąże się to z ponownym rozwiązaniem kryzysu: pracowitość vs poczucie niższości) (Musiał, 2007). Istotną rolę odgrywają wówczas mądre i wyważone oddziaływania rodzicielskie, które mogą uchronić dziecko m.in., przed wpływem niebezpiecznych ideologii i wątpliwych autorytetów. Z okresem psychospołecznego moratorium wiążą się szanse na ukształtowanie poczucia odrębności, stałości i ciągłości, ale także liczne niebezpieczeństwa. Jednym z ich jest dyfuzja tożsamości (nierozwiązanie kryzysu i brak tożsamości) lub zamęt tożsamościowy (nadmierne przedłużanie tego okresu). Może również dojść do przyjęcia tożsamości negatywnej, przeciwstawnej do norm i wzorów obowiązujących w danej kulturze (subkultura, grupa przestępcza). Jest to z jednej strony wyraz kontestacji narzuconego obrazu ról, z drugiej zaś wyraz bezradności młodego człowieka wobec stojącego przed nim kryzysu rozwojowego.

Osiągnięcie przez jednostkę określonego poziomu integracji osobowości i ukształtowane poczucie własnej tożsamości prowadzi ją do

fazy wczesnej dorosłości. Zgodnie z teorią Eriksona w okresie wczesnej dorosłości obejmującym przedział między 23. a 34. rokiem życia, istotne staje się rozwiązanie kryzysu oscylującego między zdolnością do intymności a izolacją. Celem w tej fazie jest osiągnięcie zdolności do miłości bez utraty poczucia własnej tożsamości. Dzięki temu możliwe staje się wchodzenie w związki interpersonalne o zupełnie nowej jakości. Młody dorosły jest motywowany do skonstruowania na nowo własnej tożsamości uwzględniającej innych ludzi. Jest zdolny do zaangażowania w związki, wspólnoty, które wymagają kompromisów. Intymność jest efektem zdolności do zespalania się tożsamości dwóch osób, wynika ze zdolności kochania kogoś. Bliskie relacje są budowane na bazie wzajemnej szczerości i miłości, co przyczynia się u młodego dorosłego do rozwoju poczucia wzajemnej zależności oraz poczucia „my”. W tym stadium rozwija się – według Eriksona – prawdziwy genitalizm. Rozwijana w poprzednim stadium zdolność do chowania wierności wyznawanym wartościom oraz realizacji przyjętych zobowiązań, umożliwia urzeczywistnienie dojrzałej potrzeby seksualnej z osobą, wobec której przejawiana jest troska i odpowiedzialność. W akcie seksualnym partnerzy dążą do odnajdowania najdoskonalszego przeżycia, jakim jest dostosowanie do siebie dwóch istot (Kielar-Turska, 2000, s.318). Ludzie, którzy nie ukształtowali swojej tożsamości, wykazują tendencję do wzbraniania się przed relacjami interpersonalnymi prowadzącymi do bliskości, co daje w efekcie poczucie samotności (Turner, Helms, 1999, s.409). Uczucie samotności lub izolacji są - według tego podejścia - rezultatem niezdolności do budowania przyjaźni i związku intymnego. Nieprawidłowe rozwiązanie kryzysu w stadium wczesnej dorosłości skutkuje w kolejnej fazie niezdolnością do osiągnięcia produktywności.

koncepcja Erika Eriksona	
STADIA I ODPOWIADAJĄCY IM WIEK	RODZAJ KRYZYSUW STADIUM
niemowlęstwo (0 – 2 lata)	zaufanie – brak zaufania
dzieciństwo (2- 4 lata)	autonomia – wstyd i wątpliwość
wczesny wiek szkolny (5- 7 lat)	inicjatywa – wina
średni wiek szkolny (8 – 12 lat)	produktywność – poczucie niższości
wczesna adolescencja (13 – 17 lat)	tożsamość grupowa – alienacja
późna adolescencja (18 – 22 lata)	tożsamość indywidualna – dyfuzja ról
wczesna dorosłość (23 – 34 lata)	intymność – izolacja
średnia dorosłość (35 – 60 lat)	generatywność - stagnacja
późna dorosłość (powyżej 61 lat)	integralność – desperacja

Tabela 3. Stadia rozwoju w ujęciu Erica Eriksona (źródło: opracowanie własne, na podst.: Brzezińska, 2007; Turner, Helms, 1999).

2.2.2. Wczesna dorosłość w ujęciu Levinsona

Levinson przy pomocy metafory pór roku opisuje życie człowieka dorosłego w terminach rytmów oraz wzorów życia, wspólnych dla ludzi w danym wieku w różnych kulturach (Levinson, 1986; por. Brzezińska, Trempała, 1999). Wskazuje on na związek między wypełnianiem zadań rozwojowych a zmianami w strukturze życia. Struktura życia obejmuje charakterystyczne w danym momencie rozwojowym różne obszary aktywności, relacje jednostki ze światem i społeczeństwem oraz odniesienia do siebie samej (Gurba, 2000, s. 205). Koncepcja Levinsona uwzględnia przemiany na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej i społecznej. Opiera się ona na badaniach podłużnych przeprowadzonych w grupie dorosłych mężczyzn. Zgodnie z tą koncepcją życie jednostki podzielone jest na ery, z których każda zawiera okresy rozwojowe wyznaczone różnicami psychobiologicznymi. Pomędzy erami autor wyodrębnia okresy przejściowe, które spajają ery i zapewniają poczucie łączności między nimi, kończą i rozpoczynają zarazem jakąś erę. Okresy przejściowe nie muszą mieć charakteru kryzysu, choć tak najczęściej są przeżywane (Tokarska, 1999). Według Levinsona ludzie różnymi sposobami mogą przechodzić przez poszczególne okresy (ery), które – zawsze w tej samej kolejności – wymuszają konieczność zmierzenia się z określonymi zadaniami. Levinson wyodrębnia erę przeddorosłości (wiek 17-22), wczesnej dorosłości (wiek 22- 45), średniej dorosłości (wiek 45-60) oraz późnej dorosłości (wiek 60-65). Okresy w ramach ery wczesnej dorosłości zawierają:

- okres przejścia do wczesnej dorosłości (wiek 17-22 lata)
- wejście struktury życia we wczesną dorosłość (faza wprowadzająca - nowicjatu przypadająca na wiek 22-28 lat)

- fazę pośrednią - przekraczanie 30 roku życia, przystosowanie do nowej struktury (wiek 28-33 lat)
- kulminacyjną strukturę życiową wczesnej dorosłości (wiek 33-40 lat), czyli fazę ustabilizowania struktury życia
- okres przejścia do średniej dorosłości (wiek 40-45 lat) (por. Gurba, 2000).

Okres przejścia do wczesnej dorosłości (wiek 17-22) stawia przed jednostką zadania związane z domknięciem struktury życia z okresu dorastania i uzyskaniem autonomii od rodziny pochodzenia. Malejąca zależność może mieć charakter zewnętrzny, wyrażający się w opuszczeniu domu rodzinnego czy stopniowym uniezależnianiu się finansowym od rodziców. Dodatkowo autonomia wymaga wchodzenia w nowe role związane z wyborem partnera i nawiązywaniu relacji z przedstawicielem drugiej płci. Oddzielenie się może też mieć charakter wewnętrzny i przejawiać się wzrastającym różnicowaniem między sobą a rodzicami, większym dystansem psychologicznym wobec rodziny, zmniejszaniem się emocjonalnej zależności od rodzicielskiego wsparcia (Turner, Helms, 1999, s.411). Drugie zadanie tego okresu wiąże się z przygotowaniem jednostki do bycia w dorosłym świecie, co wymaga lepszego samopoznania, stworzenia klarownych i odpowiadających rzeczywistości koncepcji świata i swojej roli w nim.

koncepcja Daniela Levinsona		
ERY I ODPOWIADAJĄCY IM WIEK	OKRESY ROZWOJOWE	ZADANIA ROZWOJOWE
era dzieciństwa i dorastania(0-22 r.ż)		
okres przejściowy (17-22 r.ż.)		zdobycie niezależności (jednostka opuszcza dom rodzinny, próbuje realizować swoje aspiracje, koncentruje się na związkach z drugą płcią)

era wczesnej dorosłości (17-45 r.ż.)	wejście struktury życia we wczesną dorosłość	<ul style="list-style-type: none"> • działalność zawodowa (sposób na zademonstrowanie kompetencji, zdobycie uznania społecznego, zamożności) • zawarcie małżeństwa i utrzymanie rodziny (wybór partnera, dostosowanie się do partnera, narodziny i wychowanie dziecka, wykonywanie obowiązków domowych) • indywidualny rozwój (wytworzenie marzeń odnośnie swojego miejsca w świecie dorosłych i konfrontowanie ich z rzeczywistością; oparcie się na doświadczeniach innych osób)
	przekraczanie 30. roku życia	podsumowanie zdobyczy i porażek upływającej dekady
	kulminacja wczesnej dorosłości (33-40 r.ż.)	<ul style="list-style-type: none"> • dążenie do osiągnięcia autorytetu, niezależności w różnych formach aktywności • doświadczanie zmian wynikających z awansów i niepowodzeń na różnych polach aktywności życiowej
era średniej dorosłości (40-65 r.ż.)	<ul style="list-style-type: none"> • okres przejściowy (40-45 r.ż.) • wstępowanie w wiek średni (ok. 45 r.ż.) • wchodzenie w lata pięćdziesiąte • kulminacja wieku średniego 	<ul style="list-style-type: none"> • zakończenie ery wcześniejszej – dokonanie oceny przeszłości • większy stopień indywidualizacji poprzez integrowanie przeciwieństw: młody/stary, destrukcyjny/twórczy, męski/kobięcy oraz przywiązany/oddzielony • osiągnięcie sukcesów zawodowych • poradzenie sobie z zakończonymi zadaniami wychowania dzieci („zjawisko pustego gniazda”)
era późnej dorosłości (60-65 r.ż.)	<ul style="list-style-type: none"> • okres przejściowy (60-65 r.ż.) • wstępowanie w późną dorosłość 	<ul style="list-style-type: none"> • przygotowanie do stanu spoczynku zawodowego (nowy rytm życia, zainteresowania, status społeczno-ekonomiczny) • osłabienie sprawności organizmu • wypracowanie równowagi między przywiązaniem do świata a wycofaniem się z niego

Tabela 4. Ery rozwoju w ujęciu Daniela Levinsona (źródło: opracowanie własne, na podst.: Brzezińska, 2007; Turner, Helms, 1999).

Wejście struktury życia we wczesną dorosłość (wiek 22-28 lat), to według Levinsona czas, w którym młodzi ludzie badają różne opcje i możliwości, a tym samym dążą do sformułowania skryzalizowanej definicji siebie jako dorosłego. Okres wczesnej dorosłości skoncentrowany jest na indywidualnym rozwoju jednostki, w ramach którego następuje permanentna konfrontacja marzeń z rzeczywistością. Poszukiwanie własnego miejsca w świecie wiąże się z podejmowaniem szeregu wyborów w sferze edukacyjnej, zawodowej i osobistej. W tym czasie młodzi ludzie muszą nadać taki kształt i zweryfikować nowo tworzone struktury życia, aby stanowiły one pomost między wartościami osobistymi i tymi uznawanymi przez społeczeństwo (por. Turner, Helms, 1999). Wkraczając w wiek dorosłości człowiek osiąga szczyt rozwoju funkcji psycho-fizycznych, jest równocześnie narażony na liczne stresy. Dorosłość oznacza podjęcie ról, których trwanie rozciąga się na wiele kolejnych lat. W związku z tym pojawiają się liczne dylematy i sprzeczności. I tak, w wyborze zawodu pojawia się dylemat: satysfakcja, a status socjo-ekonomiczny. Dodatkowo, pełnione role, jak choćby rodzicielska i zawodowa również mogą pozostawać ze sobą w sprzeczności. Młody dorosły wypełniając sprzeczne zadania i role dąży do znalezienia kompromisu między własnymi planami i ambicjami a wymaganiami otoczenia (Gurba, 2000).

2.2.3. Wczesna dorosłość w ujęciu Havighursta

Zgodnie z koncepcją Havighursta, rozwój człowieka można analizować z punktu widzenia zadań rozwojowych, jakie jednostka od urodzenia napotyka i musi realizować (por. Brzezińska, Trempała, 1999). Havighurst operując pojęciem zadanie, zdarzenie rozwojowe odnosi je do zbioru sprawności i kompetencji nabywanych przez jednostkę

w trakcie jej kontaktów z otoczeniem. Warto podkreślić, że sekwencja stadiów Havighursta nie ma charakteru uniwersalnego, gdyż mogą tu występować różnice m.in. ze względu na płeć i przynależność do określonej grupy społecznej czy kontekstu historyczno-kulturowego. Treść zadań rozwojowych, przed jakimi staje jednostka, jest determinowana przemianami środowiska, zmianami zachodzącymi w organizmie, jej zasobami intelektualnymi, emocjonalnymi i socjalnymi oraz wzajemnymi powiązaniem obszarów *soma-polis-psyche* (por. Havighurst, 1981). Zadania rozwojowe wynikają zatem z trzech źródeł: dojrzewania fizycznego, nacisków kulturowych oraz indywidualnych aspiracji i wartości. Podejmowanie i rozwiązywanie zadań rozwojowych pociąga za sobą przemiany sprawności motorycznych, poznawczych, emocjonalnych i społecznych. Przyczynia się ono do zadowolenia i poczucia sukcesu oraz motywuje do rozwiązywania kolejnych zadań. Powodzenie w spełnianiu zadań w okresach późniejszych zależy od tego, jak jednostka poradziła sobie z zadaniami wcześniejszymi. Pomyślność w tym zakresie prowadzi do sukcesu, poczucia zadowolenia i daje szansę przejścia do kolejnych zadań typowych dla okresu rozwojowego. Niepowodzenie wiąże się z odczuciem braku szczęścia i aprobaty społecznej, a co za tym idzie z utrudnioną realizacją kolejnych zadań.

Zadania rozwojowe przypadające na okres wczesnej dorosłości koncentrują się wokół kwestii wyboru partnera życiowego oraz nauki życia z partnerem (por. tabela nr 5). Jest to czas wdrażania się w wypełnianie ról rodzinnych, później także rodzicielskich. Nie bez znaczenia jest również sukces w innych obszarach funkcjonowania, takich jak praca zawodowa, życie towarzyskie (znalezienie bliskich grup społecznych), obywatelskość (Brzezińska, 2007; Kielar-Turska, 1999).

koncepcja Roberta Havighursta	
STADIUM	ZADANIA ROZWOJOWE
niemowlęctwo i wczesne dzieciństwo (0 – 5/6 lat)	uczenie się chodzenia, mówienia, przyjmowania stałego pokarmu, kontroli nad wydalaniem, kontroli nad własnym ciałem, tworzenie pojęć i uczenie się różnic płci, nabywanie gotowości do czytania
średnie dzieciństwo (5/6 – 12 lat)	nabywanie sprawności fizycznej, uczenie się zabawy, współpracy z rówieśnikami, uczenie się roli związanej z płcią, kształtowanie się systemu pojęć, postaw wobec grup społecznych i instytucji, doskonalenie umiejętności czytania, pisanie, liczenia, niezależności
adolescencja (12/13 – 18 lat)	obserwowanie i akceptacja zmian zachodzących w ciele, nawiązywanie nowych, bardziej dojrzałych relacji z rówieśnikami obojga płci, podejmowanie roli seksualnej związanej z płcią, osiągnięcie emocjonalnej niezależności od dorosłych, przygotowanie się do małżeństwa, życia rodzinnego, kariery zawodowej
wczesna dorosłość (18 – 35 lat)	wybór partnera, współpraca z nim i nawiązywanie więzi, założenie rodziny, realizacja roli rodzicielskiej, zawodowej, prowadzenie domu, przyjmowanie odpowiedzialności społecznej i obywatelskiej, znalezienie pokrewnej grupy społecznej
wiek średni (35 – 60 lat)	obserwowanie, akceptowanie i dostosowywanie się do zmian fizycznych, rozwijanie różnych pasji i form spędzania wolnego czasu, dojrzałe i równe relacje partnerskie, rozwój w pracy zawodowej, przystosowywanie się do starzenia się swych rodziców, towarzyszenie swoim dzieciom w drodze do autonomii
późna dorosłość (60 lat i więcej)	przystosowywanie się do spadku sił fizycznych i pogarszającego się zdrowia, przystosowywanie się do przejścia na emeryturę, do śmierci partnera, ustalenie jasnej przynależności do grupy wiekowej, przyjmowanie i akceptowanie nowych ról społecznych

Tabela 5. Stadium rozwoju w ujęciu Roberta Havighursta (źródło: opracowanie własne, na podst.: Brzezińska, 2007; Turner, Helms, 1999).

2.3. CHARAKTERYSTYKA OKRESU ADOLESCENCJI I WCZESNEJ DOROSŁOŚCI W UJĘCIU SOCJOLOGICZNYM

Studenci stanowią obiekt analiz teoretycznych i empirycznych w obrębie różnych dyscyplin naukowych. Z socjologicznego punktu widzenia analiza tej grupy umożliwia wgląd w szerszy kontekst społeczno-kulturowy ich funkcjonowania, jak również formułowanie prognoz dotyczących przyszłości. Stanowisko socjologiczne uwypukla zatem czynniki zewnętrzne i traktuje je jako motor przemian rozwojowych. Poprzez główne nurty aktywności życiowej, w tym edukację, wyznawane wartości, tworzone grupy rówieśnicze oraz wspólne korzystanie z przestrzeni społecznej, studenci rozpatrywani są jako grupa ściśle wyodrębniona spośród populacji młodzieży. Studenci stanowią grupę specyficzną nie tylko ze względu na już posiadany potencjał wiedzy, ale również z uwagi na nieustanny kontakt z naukowymi źródłami wiedzy z różnych dziedzin.

W zależności od przyjętej opcji teoretycznej, studentów można charakteryzować w odniesieniu do okresu młodzieńczego lub wczesnej dorosłości. Z socjologicznego punktu widzenia wiek 12-14 do 24-25 roku życia charakteryzuje adolescentów (Moczuk, 2003). Jak podkreśla Moczuk - jest to kategoria osób ściśle związana czynnikami o charakterze demograficznym precyzyjnie ustalonymi w danym społeczeństwie, jest to pewna faza życia społecznego, mająca charakter statusu społecznego, związanego z rolami społecznymi. Fazę adolescencji rozpatruje on w trzech znaczeniach:

- a) jako nośnik psychologicznych zmian społecznych,
- b) jako fenomen kulturowy,
- c) jako element procesu zmiany pokolenia (Moczuk, 2003, 11).

W związku z trudnościami definicyjnymi oraz różnorodną periodyzacją tego okresu jest on trudny do operacjonalizacji, stanowi

dynamiczną <konstrukcję społeczną>. Jak zauważa Melosik – w różnych miejscach i czasach co innego przez <młode pokolenie> rozumiano; istniały też odmienne oczekiwania względem jego roli i tożsamości społecznej (Melosik, 2010, s.13). Trudności w opisie i analizie kategorii młodzież wynikają zatem z dużej zmienności rozwoju jednostkowego na przestrzeni lat.

W Polsce przemiany ustrojowo-gospodarcze miały szerokie reperkusje w odniesieniu do funkcjonowania pokolenia współczesnych młodych dorosłych. Przejście do gospodarki wolnorynkowej zaowocowało nie tylko nowymi perspektywami (w tym zarobkowymi), ale także zwiększonym bezrobociem i problemem „szarej strefy”, co zwiększyło pauperyzację społeczeństwa. Powstały nowe podziały społeczne między jednostkami, grupami, a nawet regionami o zróżnicowanym kapitale ekonomicznym, edukacyjnym, kulturowym. Nagłe i gwałtowne zmiany systemu społecznego wywołały lęk dezintegracyjny, co doprowadziło do załamania się dotychczasowych schematów poznawczych, wzorów zachowań, strategii adaptacyjnych, a dotychczasowe zachowania stały się dezintegracyjne (Moczuk, 2004, s.15). W takim kontekście społeczno-gospodarczym wychowywało się w Polsce pokolenie współczesnych młodych dorosłych, które musiało zmierzyć się z wymaganiami nieznanymi pokoleniu ich rodziców. Jest to pierwsze po drugiej wojnie światowej pokolenie wzrastające w warunkach rodzącej się demokracji i gospodarki wolnorynkowej. Olbrzymie bezrobocie w latach 90-tych XX wieku nie pozostało bez wpływu na aktualną sytuację osób wchodzących na rynek pracy. Liczne programy pomocowe dla młodych osób nastawione są na minimalizowanie niekorzystnych zjawisk na rynku pracy, m.in. bezrobocia w populacji osób młodych, dewaluacji wykształcenia (dyplomu), emigracji zarobkowej. Jak wynika z szacunków

przeprowadzonych w 2007 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej od czasu wstąpienia Polski do Unii Europejskiej nie mniej niż 3 mln Polaków pracuje lub przynajmniej przez krótki czas pracowało za granicą. W kategorii tej dominują osoby do 44. roku życia legitymujące się wyższym wykształceniem (Roguska, 2007). W populacji młodych dorosłych szok spowodowany transformacją i jego następstwa, trudności ze znalezieniem dogodnego wspólnego zakwaterowania, przedłużająca się średnia długość okresu edukacji oraz wzrastające trudności z pogodzeniem roli zawodowej i rodzinnej mają odzwierciedlenie we wskaźnikach demograficznych (malejąca liczba ślubów i urodzeń od początku XXI wieku) (Wróblewska, 2007, s.160).

Podobne problemy, choć z mniejszym nasileniem, dotyczą, szczególnie w czasach globalnego kryzysu gospodarczo-ekonomicznego, studentów we Francji (Bozon, 2009). Częściowa unifikacja kontekstów życiowych studentów w Polsce i we Francji wydaje się być nieunikniona za sprawą globalizacji, integracji europejskiej czy rozwoju społeczeństwa informacyjnego. Obie te grupy charakteryzuje problem braku (adekwatnego) zatrudnienia, zakwaterowania, przedłużającego się moratorium w zakresie prokreacji. Znakiem czasów stała się rewolucja technologiczna, która wykorzystuje odkrycia dynamicznie rozwijającej się nauki. Szybkość zmian w dziedzinie technologii powoduje ulepszanie środków transportu i komunikacji. W efekcie zmniejszyło się znaczenie odległości. Odległości, których pokonywanie zajmowało dawniej miesiące, obecnie pokonuje się w ciągu kilku godzin. Dzięki nowoczesnej technologii komunikacja z dowolnie wybraną osobą jest dostępna praktycznie w każdym momencie, czy to w sensie wirtualnym czy w sensie rzeczywistym. Melosik podkreśla, iż właśnie poczucie deficytu czasu i nieustanna pogoń za nim sprawiają, że począwszy od XX wieku przestrzeń uległa

<skurczeniu>. Możliwość szybkiego pokonywania znacznych odległości ma wpływ na inne aspekty funkcjonowania współczesnego człowieka, w tym upowszechnienie stylu życia określanego przez autora jako *fast food*, *fast sex*, *fast car* (Melosik, 1999b, 2005, 2010). *Fast food* to kuchenka mikrofalowa, rozpuszczalna kawa, gorący kubek, McDonald's i Coca-Cola (jako natychmiastowa forma skondensowanej przyjemności). *Fast car* to symbol kurczenia się czasu i przestrzeni (dzięki Concorde „natychmiast” jest się w Nowym Jorku) (Melosik, 2001, s.16). *Fast sex* to natychmiastowa satysfakcja seksualna, której egzemplifikacją jest Viagra. Mimo, że Viagra nie dotyczy populacji osób młodych, to doskonale wpisuje się w zjawisko oddzielania cielesnej i duchowej sfery kontaktów seksualnych, w proces kolekcjonowania doświadczeń i obsesji młodości oraz seksu bez zobowiązań i zaangażowania emocjonalnego (<instant sex>). Konsekwencją takiego funkcjonowania w sferze seksualnej może być AIDS, co stanowi egzemplifikację <natychmiastowej śmierci> (Cylkowska-Nowak, Melosik, 1999a).

Dzięki rozwojowi technologii i komunikacji McLuhanowska <globalna wioska> znajduje w pełni swoje urzeczywistnienie. Porozumiewanie się z innymi jest efektywniejsze i szybsze dzięki nowoczesnej telefonii i sieciom komputerowym. Pojawiły się nowoczesne środki gromadzenia, przetwarzania i zarządzania informacją, a także nowe narzędzia komunikowania, wśród których prym wiodzie Internet. W konsekwencji rozwinął się nowy typ społeczeństwa, w którym dominującą pozycję zajmują wiedza i panowanie nad informacją dzięki innowacyjnym środkom komunikowania i przetwarzania informacji (Niezgoda, 2003, s.113). W przemiany te w sposób szczególny uwikłane jest pokolenie młodych dorosłych, jako że w kulturze prefiguratywnej (zgodnie z teorią Mead) to ono ma kompetencje niedostępne dla starszego pokolenia.

Obok niewątpliwych korzyści, jakie daje współcześnie postęp technologii informatycznych, pojawiają się zupełnie nowe obszary zagrożeń. Najlepszym przykładem jest chociażby kradzież danych, uzależnienie od Internetu, cyberseks. Na to nakłada się narastanie trudności społecznych, ekonomicznych, zagrożenie dla tożsamości i wspólnot narodowych, a także dla ludzkiej pracy (Nieżgoda, 2003). Szczególne niebezpieczeństwa związane z rozwojem nowych technologii komunikacyjno-informacyjnych, w tym Internetu związane są z popularnością przekazów medialnych. W natłoku masowej perswazji, w świecie rządzonym przez „czwartą władzę” nie sposób ignorować przekazów docierających do młodzieży, zwłaszcza analizując kierunki wpływu mediów na role płciowe, a przez to i na zachowania seksualne (Gola, 2008, s.61). Mass media mają niewątpliwie duże znaczenie dla rozwoju psychoseksualnego młodego pokolenia, szczególnie jeśli weźmie się pod uwagę czas spędzany przez jego przedstawicieli przed telewizorem lub komputerem. Młodzi ludzie stanowią główną grupę konsumentów przekazów medialnych, rozrywkowych, pornograficznych (Kuortti, 2008). Melosik podkreśla znaczącą rolę kultury popularnej w konstruowaniu tożsamości młodzieży, co wiąże się tym samym ze spadkiem znaczenia innych źródeł socjalizacji (Melosik, 2001). Jak konstatuje autor - (...) w przypadku współczesnego nastolatka głównym komponentem posiadanego przez niego kapitału kulturowego nie jest dostęp do kultury wysokiej, lecz do kultury popularnej, która zastępuje też szkołę w jej roli <głównego pasa transmisyjnego> wartości. To właśnie kultura popularna tworzy naturalny zdroworozsądkowy świat młodzieży (Melosik, 2001, s. 21). Szczególnie silny wpływ wywiera telewizja, poprzez oddziaływanie bezpośrednie, pośrednie lub skierowane do podświadomości, w których aktywowanie potrzeby seksualnej służy celom komercyjnym i marketingowym (Ruffiot, 1992;

Pelège, Picod, 2006). W mediach pojawiają się liczne komunikaty, nie zawsze merytorycznie poprawne, czasem wyolbrzymione i pozostające w sprzeczności z przekazami z innych źródeł. Pod wpływem reklamy odwołującej się do silnych emocji, niezaspokojonych potrzeb i tematów tabu, seks jawi się jako produkt: zautonomizowany, oderwany od uczuć i relacji (Ruffiot, 1992, por. Melosik, 2010). Komunikaty medialne, odnoszące się często do sfery seksualnej, kształtują wyolbrzymione, stereotypowe i nieadekwatne do rzeczywistości wzorce kobiecości i męskości (Desperak, 2006, Kowalczyk, Zierkiewicz, 2002; Mandal, 2004; Melosik, 1999, 2010). Niebezpieczeństwo dla rozwoju psychoseksualnego może wynikać również stąd, że poprzez środki masowego przekazu młodzi ludzie bezkrytycznie przyjmują wzory zachowań przekazywane bezpośrednio (filmy, reklamy, teatr), jak i w formach symbolicznych (baśniach, filmach animowanych).

Jak podkreśla Baudrillard - podstawową kategorią społeczeństwa konsumpcji jest przyjemność. Współczesny człowiek-konsument ma więc poszukiwać i urzeczywistniać przyjemności, być szczęśliwy, uczestniczący, euforyczny, dynamiczny, uwodzący i uwodzony (Baudrillard, 1988, za: Melosik, 1999, s. 219). Żyjemy w epoce, gdzie obowiązują <szybkość>, <jednorazowość> i <brak zobowiązań> również i w sferach, które dotąd stanowiły enklawy tradycyjnych wartości (Cylkowska-Nowak, Melosik, 1999b, s. 265). Współczesny świat przesycony licznymi ofertami stylów życia i wartości charakteryzuje się jednocześnie ich płytkością, niedostępnością, nietrwałością. W obliczu wielości i różnorodności przekazów, a tym samym ich ambiwalencji, tworzenie jasnego systemu wartości i wierność mu są utrudnione. Inflacja znaczeń w <kulturze *instant*> i zagubienie jednoznacznych układów odniesienia sprawia, iż trudno jest znaleźć odpowiedź na podstawowe pytania egzystencjalne (Melosik, 2001, s. 33). Dotyczy to

w sposób szczególny nastolatków i młodych dorosłych. Pokolenie to cechuje odejście od wielkich idei w stronę kultu codzienności, który przejawia się w koncentracji na wydarzeniach życia codziennego bez pogłębionej refleksji nad pytaniami egzystencjalnymi, hierarchią celów i wartości (Melosik, 2001). W związku z potrzebą afiliacji oraz dążeniem do zbudowania stabilnej tożsamości w okresie wczesnej dorosłości może dojść do przyjęcia propozycji fundamentalistycznej (religia, rasa, subkultura) i przyjęcia tożsamości <typu brzytwa> (podstawą konstruowania tożsamości staje się wówczas różnicujący od innych - nie pasujących - element) (Melosik, 2001, 1996). Drugą reakcją na potrzebę tworzenia tożsamości może być w dzisiejszych czasach ucieczka w ciało. Jak zaznacza Melosik- w sytuacji, gdy człowiek nie jest w stanie panować nad swoim środowiskiem zewnętrznym, a w świecie panuje chaos znaczeń, <wycofanie się w ciało> stanowi jedną z możliwych racjonalnych odpowiedzi (Melosik, 2001, s.34, por. Melosik, 1999). Stąd liczne zagrożenia wynikające z nadmiernej koncentracji na ciele od zaburzeń odżywiania, poprzez anoreksję, zabiegi chirurgii plastycznej aż do obsesji zdrowia kryjącej się w ideologii *healthismu*.

2.4. CHARAKTERYSTYKA MŁODZIEŻY STUDIUJĄCEJ W POLSCE I WE FRANCJI

Studenci są grupą ściśle wyodrębnioną spośród populacji młodzieży. Głównym nurtem aktywności życiowej studentów jest nauka. Normy grupowe obowiązujące na uczelni wyznaczają specyficzne wzory zachowań. Znaczna rola grup rówieśniczych i wspólnota zajmowanego w społeczeństwie miejsca dookreślają grupę młodzieży studenckiej jako odrębnej grupy społecznej (Trubiłowicz, 2006, s.33). Studenci w Polsce, w związku z intensywnym rozwojem szkolnictwa wyższego po 1989 roku, stanowią niezwykle liczną i zróżnicowaną grupę. Wskaźnik

skolaryzacji brutto (na poziomie szkolnictwa wyższego) wynosi w Polsce 51% i jest jednym z najwyższych w Europie (we Francji wynosi on 56% (GUS, 2010). W roku akademickim 2008/09 w Polsce istniało 456 uczelni (publicznych i niepublicznych), w których kształciło się 1 927 800 studentów. We Francji w 2008/2009 szkolnictwo wyższe obejmowało 2 258 000 studentów (w 2010 roku liczba ta wyniosła we Francji 2 213 000 studentów(<http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/> z dnia 4.12.2010).

Analiza porównawcza populacji studentów polskich i francuskich wydaje się ciekawa ze względu na polityczno-gospodarcze i społeczno-kulturowe tło ich funkcjonowania. Z jednej strony, studenci w Polsce mogą być analizowani z perspektywy przemian, jakie dokonały się w Polsce w ciągu ostatnich 20 lat. W związku z transformacją polityczno-ustrojową i następującymi po niej przemianami kulturowymi i technologicznymi, pojawiły się zmiany w obszarze społecznym. Wiązały się one ze wzrostem tendencji indywidualistycznych i autonomicznych kosztem spadku popularności wpływu rodziny i religii katolickiej, co wpłynęło również na populację studentów (Wróblewska, 2007).

Z drugiej strony studenci polscy, jak również francuscy, charakteryzowani mogą być również przez pryzmat członkostwa w Unii Europejskiej, co otwiera przed nimi szerokie możliwości podróżowania, pracowania i studiowania poza granicami kraju, a tym samym ujednocila ich doświadczenia.

Z perspektywy badań nad zachowaniami seksualnymi i postawami wobec zdrowia seksualnego szczególnie ciekawa wydaje się analiza aspektów związanych z funkcjonowaniem studentów w związkach. Liczne koncepcje z zakresu psychologii rozwojowej wskazują na dużą rolę związków tworzonych zarówno w okresie adolescencji, jak i wczesnej dorosłości. Na okres młodości przypadają zwykle dwie lub

trzy pierwsze fazy tworzenia długotrwałego związku spośród tych wyróżnionych przez Levingera:

- zauważanie się nawzajem i powstanie gotowości do nawiązania znajomości,
- rozpoczęcie znajomości i nawiązanie bezpośrednich kontaktów,
- pogłębianie wzajemnego zaangażowania,
- pojawienie się kryzysów grożących rozpadem – tendencje „od” stają się silniejsze niż tendencje „ku”,
- rozpad układu wskutek rezygnacji lub śmierci jednego z partnerów (Levinger, za: Kielar-Turska, 1999, s.318).

Na funkcjonowanie w związku wpływ ma fakt wspólnego zamieszkania. Z badań Wróblewskiej wynika, że polscy studenci stosunkowo rzadko decydują się na mieszkanie ze swoim partnerem (3% mężczyzn i 5% kobiet), a statystyki są w tym obszarze porównywalne do studentów z Bułgarii i Rumunii (Wróblewska, 2007). Z drugiej strony kohabitacja jako forma poprzedzająca małżeństwo staje się w tej grupie coraz bardziej popularna. Prawie 70% osób badanych planuje małżeństwo z wcześniejszym wspólnym zamieszkaniami, za małżeństwem bez kohabitacji zdecydowanie opowiada się tylko 14% osób objętych badaniem (Wróblewska, 2006). We Francji aż 15,3% studentów żyje w związkach kohabitacyjnych, w porównaniu z niecałymi 6% pozostającymi w związkach zalegalizowanych (małżeństwo, PACS) (<http://ove-national.education.fr/enquete/2006>).

Na okres wczesnej dorosłości przypada faza prokreacji, co wymaga doskonalenia się w wypełnianiu ról małżeńskich i rodzicielskich. Można mówić o różnych modelach aktywności młodych rodziców w poszczególnych fazach życia, jednak urodzenie pierwszego dziecka

zawsze wpływa znacząco na zakres ich aktywności, jak również na rekonstrukcję ich dotychczasowego systemu wartości. Specyfika współczesnych młodych dorosłych na rynku pracy, przemiany obyczajowości, a także dostępność nowych środków antykoncepcyjnych to tylko część przyczyn obniżających wskaźniki dzietności w tej grupie. Na skutek szerszych przemian (trudności w sferze socjalnej i ekonomicznej, przemiany obyczajowe, nieskuteczność polityki prorodzinnej i likwidacja wielu form wsparcia w porównaniu do lat poprzednich) od lat 90-tych w Polsce obserwowalny jest spadek wskaźnika dzietności (do 1,34 w 2000 roku), co dotyczy szczególnie kobiet w przedziale wiekowym 20-24 i 25-29 lat (Grant i inni, 2004). W konsekwencji powoduje to przesunięcie najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20-24 lata do grupy 25-29 lat, a także znaczący wzrost płodności w grupie wieku 30-34 lata (realizacja „odłożonych” urodzeń). W Polsce zauważalne jest także podwyższenie średniego wieku rodzenia dziecka, który w 2008r. wyniósł ponad 28 lat (wobec niespełna 26 lat na początku lat 90-tych (GUS, 2010) We Francji średni wiek urodzenia dziecka wynosi 29,4 lata (Grant i inni, 2004). Przesunięcie granicy wiekowej, w której podejmowana jest decyzja o prokreacji, wiąże się nie tylko z przemianami obyczajowości. Obserwowane zmiany to efekt wyboru, jakiego dokonują ludzie młodzi decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem na założenie rodziny oraz jej powiększanie (GUS, 2010, s.5). Dla porównania, Francja ma stosunkowo wysoki wskaźnik dzietności w odniesieniu do Polski, ale też innych krajów Europy. W 2001 roku wskaźnik 1,9 plasował Francję na drugim miejscu pod względem dzietności zaraz za Irlandią. Warto zaznaczyć, że wśród studentów we Francji 4,6 % ma minimum jedno dziecko (Orr, Schnitzer, Frackmann, 2008). Wiąże się to głównie

z wysokimi wskaźnikami urodzeń wśród imigrantów i skuteczną polityką rodzinną (charakterystyczna jest tu m.in. koncentracja na trzecim dziecku i dążenie do zrównoważenia macierzyństwa z zatrudnieniem) (Grant i inni, 2004).

Wyżej wymienione wskaźniki charakteryzujące populację studentów, łączyć można z danymi na temat przedłużonego zamieszkania młodych dorosłych z rodzicami. Kohabitacja z rodzicami może wiązać się ze zwiększoną podatnością na zaburzenia relacji i emocji, z drugiej strony z większą satysfakcją i poczuciem bezpieczeństwa (emocjonalnego, finansowego) (Guerrero, 2001). Decyzja o opuszczeniu domu rodzinnego, tak istotna w okresie wczesnej dorosłości, ma swoje implikacje w sferze edukacyjnej, zawodowo-finansowej, a także w aspekcie przyszłego związku i rodziny. Badania wskazują, że studenci są w nieznacznym stopniu uniezależnieni od swoich rodziców w zakresie miejsca zamieszkania i źródła utrzymania. Ponad 60% studentów francuskich (63,8% studentek i 65,8% studentów) uważa dom rodziców za „własny dom”, a 43% z nich wciąż mieszka z rodzicami (Orr, Schnitzer, Frackmann, 2008; Faure, 2004). W Polsce średni wiek opuszczenia domu rodzinnego wynosi 25,3 dla mężczyzn i 21,3 dla kobiet. Wskaźnik ten jest jednym z najwyższych w Europie (wyższe są jedynie w Hiszpanii i we Włoszech). Wynika to w dużej mierze z czynników ekonomicznych: wciąż wysoka stopa bezrobocia w tej grupie wiekowej, wysokie koszty życia i ceny nieruchomości (Wróblewska, 2007).

Wsparcie finansowe rodziców, szczególnie w początkowym okresie studiowania, jest często podstawowym źródłem utrzymania studentów. W odniesieniu do całego okresu studiów pracę w niepełnym wymiarze czasu („*petit boulot*”) podejmuje 41% studentów i 53 % studentek

francuskich (Faure, 2004). Jedynie dla 9-17% jest to aktywność zawodowa związana z kierunkiem studiów (Vourc'h, Zilloniz, 2008). Pracę w pełnym wymiarze czasowym ze studiami łączy 11% studentów francuskich. Najczęściej jest to jednak praca nieodpowiadająca kwalifikacjom i bardzo nisko płatna (Val de Velde, 2007). Ogólnie, stopa bezrobocia w grupie wiekowej 15-24 wynosi we Francji 18,7 %, w Polsce natomiast 21,7 % (GUS, 2010), Chociaż studenci, z oczywistych przyczyn, znajdują się na dole hierarchii dochodów osobistych, to wyższe wykształcenie w Polsce zapewnia wzrost dochodu o 2,4 razy w porównaniu z dochodem osób legitymujących się wykształceniem podstawowym (Czapiński, Panek, 2009). Stopa zwrotu z inwestowania w wykształcenie na poziomie wyższym jest bardzo duża, przy czym wzrost następuje wraz ze wzrostem poziomu podjętych studiów. Transformacja gospodarczo-ustrojowa i następujące w ślad po niej przemiany na rynku pracy sprawiły, że wykształcenie w Polsce jest traktowane jako inwestycja mająca zapewnić lepszą pozycję zawodową i ekonomiczną. Ocena wpływu wykształcenia na życie zawodowe wskazuje na wysoki poziom wykorzystania zasobów wiedzy na polskim rynku pracy. W porównaniu z 1994 rokiem można zaobserwować wzrost odsetka osób deklarujących duży wpływ wykształcenia na ich karierę zawodową (z 40% do 49%), co świadczy o wykorzystaniu potencjału wynikającego z wiedzy (Kowalczyk, 2009). Również we Francji dyplom uniwersytecki wciąż jest traktowany jako znaczący (nie zawsze wystarczający) instrument selekcji i budowania tożsamości, choć jego wpływ na wysokość wynagrodzenia w ostatnim czasie zmalał (Val de Velde, 2007).

Poza aktywnością zawodową, czas wolny od zajęć może być zagospodarowany na szereg innych sposobów. Charakter spędzania wolnego czasu przez studentów może być istotny z punktu widzenia analizy ich holistycznie pojmowanego zdrowia, z naciskiem na zdrowie

społeczne, psychiczne i seksualne. Okres młodości związany jest z krystalizacją systemu wartości i wzorów zachowań składających się na styl życia. Styl życia studentów, uwarunkowany w dużej mierze czynnikami społeczno-ekonomicznymi, środowiskowymi i wychowawczymi, niejednokrotnie zostaje utrwalony. Ma on zatem istotny wpływ na stan zdrowia i ryzyko rozwoju chorób (głównie tak zwanych cywilizacyjnych) w późniejszych fazach życia. W Polsce wśród aktywności podejmowanych w czasie wolnym przez studentów pojawia się: korzystanie z komputera (20% wskazań), spotkania z chłopakiem/dziewczyną (24%), spotkania z przyjaciółmi (41%), czytanie książek (23%), chodzenie do kina (7%) oglądanie telewizji i filmów na DVD (28%), chodzenie do pubu (12%), spacer (6%), uprawianie sportu (15%) ([http://studentnews.pl/serwis/z dnia 22.03.2010](http://studentnews.pl/serwis/z_dnia_22.03.2010)). Z analiz francuskich wynika, że 72% studentów ogląda telewizję każdego (lub prawie każdego) dnia (<http://overnational.education.fr/enquete/2006> z dnia 05.12.2010). W grupie badanych studentów w Polsce jedynie 9,5% nie ogląda telewizji codziennie. Telewizja pozostaje wciąż najbardziej popularnym sposobem spędzania wolnego czasu dla 33,5% studentów. W dalszej kolejności wśród sposobów na zagospodarowanie czasu wolnego plasuje się czytanie książek i czasopism (32% studentek i 24% studentów) oraz spacer i spotkania towarzyskie (20% studentek i 11% studentów) (Jopkiewicz, 2006). W ostatnich 30 dniach poprzedzających badanie aż 65% studentów francuskich było w kinie, a 32% w dyskotecie. Wyjście na wystawę do muzeum i wieczorek studencki było doświadczeniem 29% badanych studentów we Francji (Vourc'h, Zilloniz, 2007).

Analiza aktywności fizycznej francuskich studentów wskazuje, że większość z nich (69,6%) uprawia minimum jedną dyscyplinę sportu, z czego 54,2 % decyduje się na zajęcia poza ofertą zawartą w programie

studiów (Aucouturier i inni, 1999). Wśród badanych studentów w Polsce kilka razy w tygodniu sport uprawia jedynie 30 % respondentów, w ogóle sportu nie uprawia aż 10% spośród badanych (Zmarzłowski, Jałowicki, 2008). Jopkiewicz podkreśla, że jedynie 30% studentek i 41% studentów uprawia sport 2-3 razy w tygodniu, a zalecane minimum 4 razy w tygodniu charakteryzuje jedynie 5% badanych studentek i 16% studentów (Jopkiewicz, 2006). Wyniki te można zestawić z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które za najbardziej wskazane uznało wysiłki fizyczne wykonywane 4-5 razy w tygodniu przez 30-40 minut z umiarkowaną intensywnością (tętno – 60-70% maksymalnej częstości skurczów serca) (Jegier, 2005, za: Woynarowska, 2008). To zestawienie dowodzi zbyt niskiej aktywności fizycznej studentów, co zresztą jest przez nich w dużej mierze uświadamiane. Badana przez Melosika młodzież studencka podkreśla, że stanowią grupę wiekową, którą charakteryzuje zbyt mała aktywność ruchowa, brak zainteresowania codzienną gimnastyką i dbałości o sprawność fizyczną. Z drugiej strony widoczna jest w tym obszarze presja kulturowa związana z ideałem szczupłego, atrakcyjnego ciała, ale również z chęcią uprawiania sportu, co traktowane jest jako wykładnik wyższego statusu materialnego (Cylkowska-Nowak, Melosik, 1999b).

Jak wynika z powyższych statystyk, czas wolny może być spożytkowany z mniejszą (w przypadku aktywności sedenteryjnej, np. oglądanie telewizji) lub większą (w przypadku aktywności fizycznej) korzyścią dla zdrowia. W czasie wolnym mogą pojawić się zatem zachowania antyzdrowotne, czyli takie które stwarzają bezpośrednio lub pośrednio ryzyko utraty zdrowia. W grupie studentów zachowania antyzdrowotne pojawiają się szczególnie często, co może wynikać z oddalenia od domu rodzinnego, normatywnego wpływu grupy rówieśniczej, stresu związanego z okresem studiowania. Do tego typu

zachowań zalicza się nadmierne spożycie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Jak wynika z analiz francuskich aż 33% studentów deklaruje spożywanie alkoholu minimum raz w tygodniu, co różnicuje się w sposób wyraźny w zależności od płci (41% studentów płci męskiej i 26% studentów płci żeńskiej). Do bycia pijanym w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznaje się 35,1% populacji Francuzów w wieku 20-25 lat (Beck, Guilbert, Gautier, 2006). Do codziennego spożycia alkoholu przyznaje się 5% studentów i 2% studentek francuskich. Wśród badanych przez Wojciechowską studentów z Polski w stanie upojenia alkoholowego było dotychczas ponad 70% populacji. W ciągu ostatnich miesięcy upiło się 48,8% badanych, a w ciągu ostatnich 30 dni 17% studentów (Wojciechowska, 2001). Również palenie papierosów jest w tej grupie rozpowszechnione. Aż 23% studentów francuskich deklaruje codzienne palenie papierosów (Gruel, Vourc'h, Zilloniz, 2007). Z kolei 30% studentów polskich wskazuje na codzienne palenie 40 (i powyżej) papierosów. Nigdy nie paliło papierosów 32% badanych studentów w Polsce (Wojciechowska, 2001). Fakt eksperymentowania z konopiami indyjskimi podkreśla ponad 49% Francuzów w wieku 20-24 lat (Beck, Guilbert, Gautier, 2006). Wskaźnik używania konopi indyjskich wśród Francuzów w grupie wiekowej 15-34 należy do jednych z najwyższych w Europie (16-22%). W Polsce odsetek ten jest mniejszy (w przedziale 1-6% (Beck, Guilbert, Gautier, 2006). Z kolei w Polsce wyższy jest odsetek młodych osób zażywających amfetaminę (1,6% w porównaniu do 0,2% we Francji (Beck, Guilbert, Gautier, 2006).

Z perspektywy analizy zachowań studenckich niezwykle ciekawe wydaje się pytanie o zachowania seksualne i postawy studentów wobec zdrowia seksualnego, co jest przedmiotem niniejszej dysertacji.

Rozdział 3. Metodologiczne podstawy badań własnych

3.1. CELE I PROBLEMY BADAŃ WŁASNYCH

Jednym z celów niniejszej pracy jest opisanie aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji. Przedmiotem pracy jest również opisanie postaw studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego. Oprócz tego praca realizuje cele diagnostyczne i wyjaśniające dotyczące uwarunkowań aktywności seksualnej populacji studentów w Polsce i we Francji. W oparciu o przedstawione powyżej założenia teoretyczne sformułowano następujące pytania badawcze:

PYTANIA O STAN ZMIENNYCH

1. Jaki jest rozkład zmiennej aktywność seksualna studentów w Polsce i we Francji w zakresie:
 - ❖ ryzyka podejmowanej aktywności seksualnej
 - ❖ satysfakcji z podejmowanej aktywności seksualnej
 - ❖ wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej?

2. Jakie są postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego w zakresie:
 - ❖ komponentu poznawczego
 - ❖ komponentu emocjonalnego
 - ❖ komponentu behawioralnego?

PYTANIA O ZALEŻNOŚCI MIĘDZY ZMIENNYMI

1. W jakim stopniu postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego oraz ich wiek, wiek inicjacji i liczba partnerów

seksualnych wyjaśniają zmienność podejmowanej przez nich aktywności seksualnej w zakresie:

- ❖ ryzyka aktywności seksualnej
- ❖ satysfakcji z aktywności seksualnej
- ❖ wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej?

2. Czy miary współzmienności aktywności seksualnej i postaw wobec zdrowia seksualnego, wieku, wieku inicjacji seksualnej oraz liczby partnerów seksualnych różnią się w zależności od kraju pochodzenia?

W związku z przyjętymi założeniami oraz odniesieniami teoretycznymi przyjęto zmienne główne i szczegółowe opisane w podrozdziale 3.2.

3.2. ZMIENNE I ICH KATEGORIE, DEFINICJE I WSKAŹNIKI

1. Zmienna zależna: aktywność seksualna

Zmienną zależną w przeprowadzonych badaniach jest aktywność seksualna analizowana w odniesieniu do studentów we Francji i w Polsce. W niniejszej pracy aktywność seksualna jest rozumiana jako czynności i działania ukierunkowane na osiągnięcie satysfakcji seksualnej lub do niej pośrednio zmierzające oraz działania spełniające potrzebę seksualną lub redukujące napięcie seksualne (Imieliński, 1985, s.11). Na aktywność seksualną składają się:

- aktywność o charakterze behawioralnym, czyli akty regulacji stosunków z otoczeniem, których celem jest uzyskanie satysfakcji seksualnej lub redukcja napięcia,
- aktywność psychiczna o charakterze seksualnym, czyli taka, która jest zaangażowana w zaspokojenie potrzeby seksualnej i redukcję napięcia.

Na aktywność seksualną o charakterze psychicznym składają się fantazje seksualne i marzenia senne (Imieliński, 1985, s.175).

W pracy skoncentrowano się na aktywności o charakterze behawioralnym, aktywność seksualna psychiczna nie była przedmiotem analizy. Określenia zachowania seksualne oraz aktywność seksualna traktowane są w rozprawie tożsamo i stosowane zamiennie.

W pracy zachowania seksualne odniesione są do pojęcia zdrowia seksualnego. Zdrowie seksualne zgodnie z definicją WHO polega na:

- prawidłowym rozwoju seksualnym, wolności od chorób i niepełnosprawności w sferze seksualnej,
- zdolności do zdobywania bezpiecznych doświadczeń seksualnych,
- zdolności do zdobywania satysfakcjonujących doświadczeń seksualnych,
- wolności od wszelkich form przemocy seksualnej i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością,
- zdolności do nawiązania równych relacji partnerskich,
- zdolności do nawiązania odpowiedzialnych relacji partnerskich (WHO, 2001; Carr, 2004).

Kryterium zdrowia seksualnego „zdrowy rozwój seksualny, wolność od chorób i niepełnosprawności w sferze seksualnej” jest szerokie, wielopoziomowe i trudne do operacjonalizacji. Nie jest uwzględniane w analizie zmiennej „aktywność seksualna” gdyż dotyczy biografii seksualnej (por. Jankowiak, 2005), natomiast analizowana w pracy aktywność seksualna dotyczy okresu 12 miesięcy poprzedzających badanie.

W związku z takim kierunkiem analiz wyróżniono następujące zmienne szczegółowe zmiennej „aktywność seksualna” (por. tabela nr 6):

l.p.	zmienne szczegółowe zmiennej „aktywność seksualna”	kryteria zdrowia seksualnego wg WHO
1.1.	ryzyko aktywności seksualnej	zdolność do zdobywania bezpiecznych doświadczeń seksualnych
1.2.	satysfakcja z aktywności seksualnej	zdolność do zdobywania satysfakcjonujących doświadczeń seksualnych
1.3.	wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej	<ul style="list-style-type: none"> - wolność od wszelkich form przemocy seksualnej i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością, - zdolność do nawiązania równych relacji partnerskich - zdolność do nawiązania odpowiedzialnych relacji partnerskich

Tabela 6. Operacjonalizacja zmiennej zależnej (źródło: opracowanie własne)

1.1. Ryzyko aktywności seksualnej

Aktywność seksualną analizowaną z punktu widzenia poziomu ryzyka podzielono zgodnie z przyjętą w pracy klasyfikacją ze względu na partnera aktywności seksualnej. Zachowania seksualne w odniesieniu do kryterium „partner aktywności seksualnej” podzielone zostały na:

- zachowania seksualne społeczne czyli takie, które angażują partnera seksualnego,
- zachowania seksualne autoseksualne, które nie angażują partnera seksualnego (Gapik, 1990).

1.1.a. ryzyko aktywności autoseksualnej – zmienna definiowana jako poziom ryzyka aktywności autoseksualnej ze względu na doznania bólowe w trakcie masturbacji, zagrożenie jakie stanowi ona dla zdrowia/życia jednostki oraz przebieg utrudniający wkomponowanie jej w aktywność seksualną z partnerem (por. Beisert, 2006a, 2006; Imieliński, 1985).

1.1.b. ryzyko aktywności seksualnej społecznej - zmienna definiowana jako poziom ryzyka aktywności seksualnej społecznej ze względu na zagrożenie HIV/AIDS oraz innymi chorobami (infekcjami) przenoszonymi drogą płciową (STD/STI) (por. Izdebski, Walendzik, 2000; Sokoluk, 2003). W zależności od formy podejmowanych zachowań seksualnych ryzyko zakażenia wirusem HIV oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową zmienia się w sposób znaczący. W szacowaniu ryzyka STD/ STI istotna jest częstotliwość form aktywności seksualnej, co określa tzw. mapa zachowań seksualnych (Konieczny-Sokoluk, 2005). Ryzyko zakażenia wirusem HIV oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową zmienia się także ze względu na częstotliwość stosowania prezerwatyw podczas różnych form zachowań seksualnych. W literaturze przedmiotu za jedną z najbardziej ryzykownych form aktywności seksualnej uznane jest współżycie bez prezerwatywy, a odpowiedź na pytanie o stosowanie prezerwatyw w trakcie stosunków seksualnych jest wskaźnikiem zachowań ryzykownych w odniesieniu do chorób (infekcji) przenoszonych drogą płciową. Jest to wskaźnik używany bardzo często w analizach zdrowia reprodukcyjnego (por. Izdebski, 2007; Coleman, Testa, 2008; Bozon, 2009).

Poziom ryzyka aktywności seksualnej jest w pracy oceniany poprzez analizę częstotliwości ryzykownych z punktu widzenia STD/STI form zachowań seksualnych (seks genitalny, analny) oraz ocenę

częstotliwości stosowania prezerwatyw. Kafeteria odpowiedzi - przedziały czasowe zostały przekształcone na liczby analogicznie do procedury zastosowanej w przypadku Skali Likerta. W części pytań dokonano odwrotnego kodowania odpowiedzi. Wskaźnik to uśredniona ilość punktów z odpowiedzi osób badanych na pytania dotyczące tego aspektu aktywności seksualnej. Przedział metryczny wyniku wynosi 0,69 - 5. Jest to zmienna ilościowa, wielowartościowa, dyskretna. Im wyższą ilość punktów uzyskali badani, w tym większym stopniu występują u nich ryzykowne zachowania seksualne.

W celu opisu badanej próby w zakresie ryzykownych zachowań seksualnych, na podstawie mediany, zostały ustalone przedziały zmiennej ryzyko aktywności seksualnej, która może przyjmować następujące wartości:

- niskie
- wysokie.

Wskaźnikiem zmiennej są odpowiedzi na pytania dotyczące aktywności seksualnej ryzykownej (autoseksualnej i seksualnej społecznej) zaznaczane przez respondentów w kwestionariuszu do badania aktywności seksualnej.

1.2. satysfakcja z aktywności seksualnej - zmienna definiowana jako subiektywna ocena satysfakcji z zachowań autoseksualnych i zachowań seksualnych społecznych (por. Jankowiak, 2008). Wskaźnik to uśredniona ilość punktów z pytań odnoszących się do satysfakcji z aktywności seksualnej autoseksualnej i społecznej. Przedział metryczny wyniku wynosi od 0 do 4. Im wyższą ilość punktów uzyskali badani, tym większą deklarują satysfakcję z aktywności seksualnej. Jest to zmienna ilościowa, wielowartościowa, dyskretna.

Dodatkowo w celu opisu badanej próby na podstawie mediany zostały ustalone przedziały zmiennej satysfakcja z aktywności seksualnej, która może przyjmować następujące wartości:

- niska
- wysoka.

Wskaźnikiem zmiennej są odpowiedzi na pytania o subiektywną ocenę satysfakcji z aktywności seksualnej (masturbacji oraz aktywności seksualnej społecznej) zaznaczane na skali szacunkowej w kwestionariuszu do badania aktywności seksualnej.

1.3. Wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej - zmienna definiowana jako poziom wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego:

- wolność od wszelkich form przemocy seksualnej (przymus, nadużycia, wykorzystanie stosunku zależności),
- zdolność do nawiązania równych relacji partnerskich,
- zdolność do nawiązania odpowiedzialnych relacji partnerskich (WHO, 2001, s.7; Sadovsky, Nusbaum, 2006).

Oceny wyrażane na Skali Likerta przekształcane są na wartości liczbowe w zależności od stopnia zgodności zachowań z kryteriami zdrowia seksualnego. Wskaźnikiem są uśrednione odpowiedzi osoby badanej na pytania dotyczące tego aspektu zdrowia seksualnego. Przedział metryczny możliwego wyniku to 1 - 6. Jest to zmienna ilościowa, wielowartościowa, dyskretna. Im wyższą ilość punktów uzyskały osoby badane, w tym większym stopniu wypełniają kryteria zdrowia seksualnego z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej.

Dodatkowo w celu opisu badanej próby na podstawie mediany zostały ustalone przedziały wskazujące na poziom wypełniania kryteriów

zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej:

- niski
- wysoki.

Wskaźnikiem zmiennej są odpowiedzi na pozycje w kwestionariuszu do badania aktywności seksualnej.

2. Zmienna niezależna: postawa wobec zdrowia seksualnego

Zmienną niezależną w niniejszych badaniach jest postawa wobec zdrowia seksualnego analizowana w populacji studentów polskich i francuskich. Postawa jest strukturą latentną, a to co obserwujemy i mierzymy bezpośrednio jest aktem ustosunkowania się, który jest pewnym przejawem postawy. W niniejszej rozprawie postawy studentów są analizowane zgodnie z przyjętym w psychologii nurtem strukturalnym, którego przedstawiciele podkreślają obecność komponentu emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego postaw (Mądrycki, 1977; Mika, 1981; Nowak, 1973, 2000; Pluta, 2000). Postawa jest tutaj rozumiana jako ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania określonego przedmiotu oraz do wartościowania go. Tym względnie trwałym dyspozycjom emocjonalno-oceniającym towarzyszą przekonania o naturze tego przedmiotu oraz określone dyspozycje do zachowania się wobec tego przedmiotu (Nowak, 1973, 2000; Pluta, 2002). W niniejszej pracy przedmiotem postawy jest zdrowie seksualne. Postawa wobec zdrowia seksualnego będzie rozumiana dalej jako względnie trwała organizacja komponentów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych związanych ze zdrowiem seksualnym.

W analizie postaw wobec zdrowia seksualnego zdecydowano się na obliczenie dwóch rodzajów wyników: wyniku dla postawy analizowanej całościowo oraz wyniku wskazującego na natężenie

poszczególnych komponentów postawy. Wynik całościowy wykorzystany jako predyktor w analizie regresji wielokrotnej został obliczony przez uśrednienie wyników trzech komponentów składających się na postawę. Następnie odniesiono wynik do mediany, co pozwoliło na wyodrębnienie dwóch przedziałów wartości zmiennej postawa wobec zdrowia seksualnego:

- pozytywna
- negatywna.

Dodatkowo, w oparciu o dokonaną operacjonalizację pojęcia postawa wobec zdrowia seksualnego zostały wyodrębnione jej komponenty (stanowiące w badaniu zmienne szczegółowe) oraz ich wskaźniki:

2.1. Komponent emocjonalny postawy wobec zdrowia seksualnego

Komponent emocjonalny postawy oznacza dodatnie lub ujemne emocje lub bardziej chłodne zintelektualizowane oceny wobec przedmiotu postawy (Marody, 1976, s.134). W pracy komponent emocjonalny postawy rozumiany jest jako wartość przypisywana zdrowiu przez respondentów. Jest to istotne o tyle, że oceny dokonywane są w ramach pewnego systemu wartości (układu odniesienia), którego poznanie jest istotne dla analizy emocjonalnego komponentu postawy. Zdaniem Marody – brak uwzględniania miejsca, jaki zajmuje dany obiekt w hierarchii celów prowadzi do fałszywych przewidywań (Marody, 1976). Odniesienie do hierarchii wartości w analizie postaw znaleźć można między innymi w badaniach Czabańskiego, który bada postawy młodzieży wobec samobójstwa na podstawie wskaźnika „miejsce jakie zajmują w hierarchii wartości młodzieży życie ludzkie i zdrowie” (Czabański, 1997, s.38). Lista Wartości Osobistych została również wykorzystana przez Rutkowską do badania komponentu emocjonalno-

motywacyjnego postaw zdrowotnych studentów pedagogiki (Rutkowska, 2008).

Komponent emocjonalny postawy wobec zdrowia seksualnego to zmienna rozumiana jako ranga wartości „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna” wybranej spośród zbioru wartości osobistych (por. Juczyński, 2008). Możliwy przedział metryczny to 0 - 5, gdzie 0 oznacza brak wskazania, a wartości 1 - 5 oznaczają rangi przypisane zdrowiu. Tak rozumiana zmienna jest zmienną ilościową, wielowartościową, dyskretną.

Dodatkowo, w celu opisu badanej próby na podstawie mediany zostały ustalone przedziały natężenia poziomu zmiennej szczegółowej, która może przyjmować następujące wartości:

- niskie
- wysokie

Wskaźnikiem zmiennej są odpowiedzi na pozycje w kwestionariuszu do badania postaw wobec zdrowia seksualnego i wybranych zmiennych socjo-demograficznych. Ta część kwestionariusza badająca emocjonalny komponent postawy została stworzona na podstawie standaryzowanego narzędzia Lista Wartości Osobistych (LWO) autorstwa Juczyńskiego (Juczyński, 2008).

2.2. Komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego

Komponent behawioralny został wyodrębniony jako element struktury postawy w 1947 roku przez Smitha, który zdefiniował go jako coś co chcielibyśmy zrobić (jak zachowywać się) wobec przedmiotu postawy (Nowak, 1973, s.23). W skład komponentu behawioralnego postawy wchodzi reakcje mimiczne, pantomimiczne, wokalne, werbalne oraz same działania lub tendencje (dyspozycje) do działania. Nowak termin tendencja rozumie jako gotowość do podejmowania czynności

w określonym kierunku, która zostaje zrealizowana, o ile nie zajdą jakieś wewnętrzne lub zewnętrzne przeszkody (Nowak, 1973, s.114). W pracy komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego definiowany jest jako pewien program działania (gotowość działania) w ramach zdrowia seksualnego. Program ten odnosi się do deklaracji na wysokim poziomie ogólności. Przyjęto, że określa go poziom deklarowanej gotowości do realizacji praw seksualnych wyróżnionych w Deklaracji Praw Seksualnych opracowanej przez Światowe Towarzystwo Seksuologiczne w 2002 roku.

W niniejszej rozprawie zwerbalizowanym deklaracjom świadomie został nadany charakter bezwarunkowy, gdyż przyjęto, że komponent behawioralny stanowi dyspozycję do działania, powinność. Nie jest w związku z tym wysuwany żaden wniosek o pewności deklarowanego zachowania, gdyż ono jest przedmiotem osobnego badania. Komponent behawioralny uwzględniono zatem, niezależnie od analizy konkretnych zachowań seksualnych. Decyzja o analizie komponentu behawioralnego postawy oraz zachowań wynikała z przyjęcia w pracy strukturalnej definicji postawy (Mądrzycki, 1977; Mika, 1981; Nowak, 1973; Pluta, 2002), odwołania się do analiz wskazujących na rozbieżność między deklaracją a praktyką w zakresie zdrowia (w tym przypadku analiza dotyczy seksualnego aspektu zdrowia) (Szymańska, 2002; Gniazdowski, 1990; Dolińska-Zygmunt, 1996, 2000), odwołania się do pojęcia self (*self-concept*) (Higgins, 1987).

Zmienna komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego jest analizowana poprzez odpowiedzi na pozycje kwestionariusza wskazujące na poziom deklarowanej gotowości do realizacji poszczególnych praw seksualnych. Oceny wyrażane na pięciostopniowej skali szacunkowej - Skali Likerta - przekształcane są na wartości liczbowe w zależności od stopnia zgodności deklaracji

z prawami seksualnymi. Wskaźnik to uśrednione odpowiedzi osób badanych na pytania dotyczące deklarowanych zachowań seksualnych. Przedział metryczny wyniku wynosi 1 - 5. Tak rozumiana zmienna jest zmienną ilościową, wielowartościową, dyskretną.

Dodatkowo, w celu opisu badanej próby w na podstawie mediany zostały ustalone przedziały natężenia poziomu zmiennej szczegółowej, która może przyjmować następujące wartości:

- niskie
- wysokie

Wskaźnikiem zmiennej są odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu do badania postaw wobec zdrowia seksualnego i wybranych zmiennych socjo-demograficznych.

2.3. Komponent poznawczy postawy wobec zdrowia seksualnego

Komponent poznawczy postawy stanowią wiedza i przekonania jednostki o przedmiocie postawy (Marody, 1976, s.151; Jeżowski, 2007). W niniejszych badaniach uwaga została zogniskowana na wiedzy rozumianej jako stopień poinformowania respondentów o faktach związanych ze zdrowiem seksualnym. W pracy przyjęto, że komponent poznawczy postawy wobec zdrowia seksualnego określa poziom wiedzy o kryteriach zdrowia seksualnego oraz o prawach zawartych w Deklaracji Praw Seksualnych oraz poziom wiedzy o sposobach zabezpieczenia przed HIV/AIDS (WHO, 2002; Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., 2003; Izdebski, 2005, 2006). Podobne kryterium oceny poziomu wiedzy na temat zdrowia seksualnego zastosowali Coleman i Testa w „Sexual Health Knowledge Scale” (Coleman, Testa, 2008). Skala ta zawiera 25 pytań w odniesieniu do możliwości zajścia w ciążę, ryzyka zakażenia STD/STI w różnych formach aktywności seksualnej, sposobów transmisji HIV i metod prewencyjnych w tym obszarze.

Wskaźnikiem zmiennej „komponent poznawczy postawy wobec zdrowia seksualnego” jest średnia uzyskana z odpowiedzi na pytania o kryteria zdrowia seksualnego oraz o prawa seksualne i odpowiedzi na pytania o efektywne sposoby zabezpieczenia przed HIV/AIDS. Tak rozumiana zmienna jest zmienną ilościową, wielowartościową, dyskretną.

Dodatkowo, w celu opisu badanej próby na podstawie mediany zostały ustalone przedziały natężenia poziomu zmiennej szczegółowej, która może przyjmować następujące wartości:

- niskie
- wysokie

Wskaźnikiem zmiennej są odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu do badania postaw wobec zdrowia seksualnego i wybranych zmiennych socjo-demograficznych.

Dodatkowo próba badawcza zostanie przeanalizowana ze względu na zmienne:

- kraj pochodzenia - zmienna definiowana jako kraj, w którym respondent urodził się i mieszkał przez większy okres życia. Jest to zmienna wielowartościowa przyjmująca w badaniu 2 wartości: 1 – Polska, 2 – Francja
- wiek - zmienna definiowana jako wiek respondentów. Jest to zmienna ilościowa, wielowartościowa, ciągła
- wiek inicjacji seksualnej to zmienna definiowana jako wiek podjęcia pierwszych stosunków seksualnych genitalnych. Jest to zmienna ilościowa, wielowartościowa, ciągła
- liczba partnerów seksualnych - zmienna definiowana jako liczba partnerów seksualnych do czasu przeprowadzenia badania (zarówno partnerów płci przeciwnej, jak i partnerów tej samej płci). Zmienna liczba partnerów seksualnych to zmienna ilościowa, wielowartościowa, ciągła.

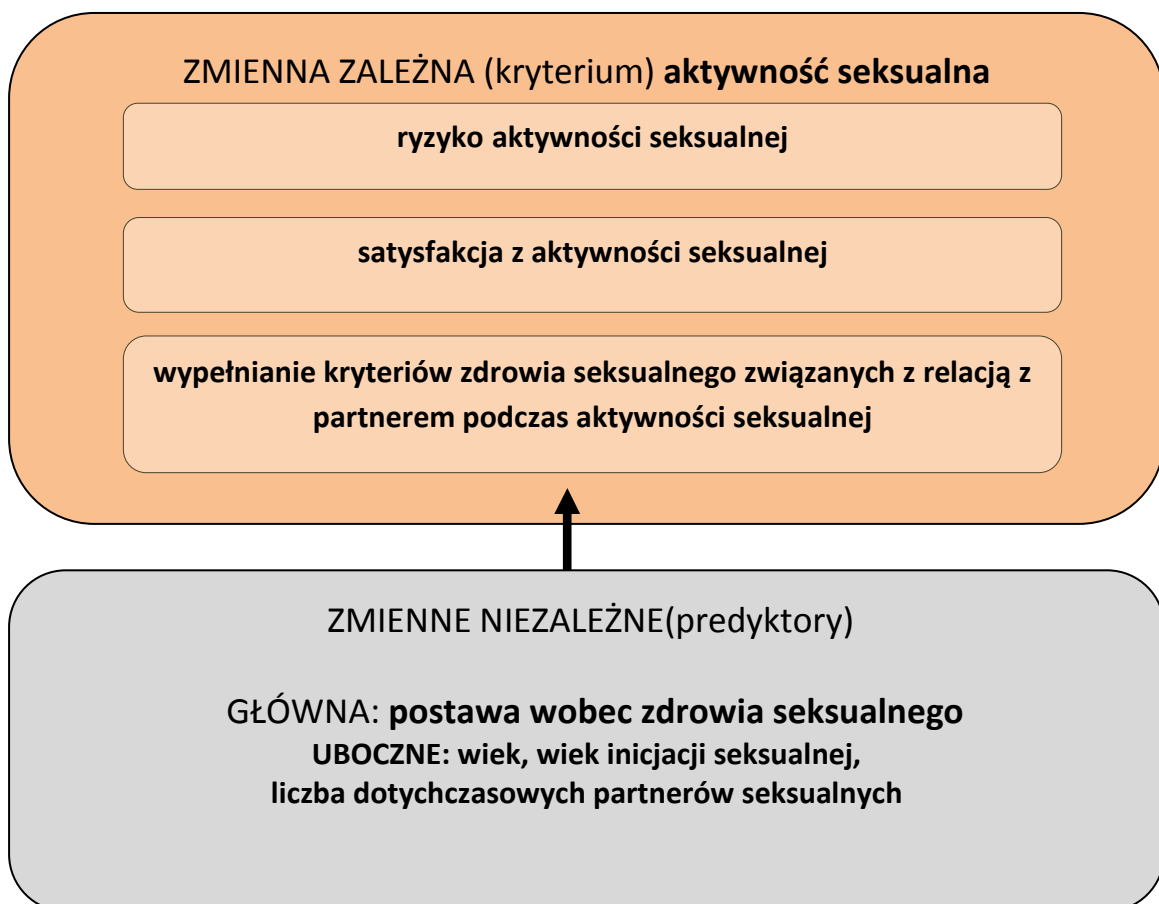
Wskaźnikiem zmiennej są odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu do badania postaw wobec zdrowia seksualnego i wybranych zmiennych socjo-demograficznych.

Dobór zmiennej niezależnej wynikał z przyjętych w pracy założeń teoretycznych, w szczególności zaś z wnikliwej analizy modeli ukazujących korelację między postawą a zachowaniem. Bazą teoretyczną analiz związków postawa-zachowanie w wielu opracowaniach polskich i obcojęzycznych jest Teoria Uzasadnionego Działania oraz Teoria Planowanego Zachowania (Ajzen, Fishbein 1977; Lewis, Kashima, 1993; Sęk, 2000). Były one wielokrotnie wykorzystywane w pracach dotyczących zachowań seksualnych mających silne konotacje praktyczne (profilaktyczne, promocyjne).

Otrzymane dane dotyczące postaw wobec zdrowia seksualnego oraz aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji będą poddane analizie w modelu regresji wielokrotnej. Wielokrotna analiza regresji pozwala oszacować wzrost wartości zmiennej zależnej (kryterium) w zależności od wzrostu wartości zmiennej (lub zmiennych) niezależnej (predyktora/ów). Analizy związków postawa-zachowanie wskazują na dodatkowe zmienne wpływające w sposób istotny na zachowania, w związku z tym do modelu zależności wprowadzono również predyktory: wiek, wiek inicjacji seksualnej, liczba dotychczasowych partnerów seksualnych (Biri i inni, 2007; Davis i inni, 2007; McKelvey i inni, 1999; Lescano i inni, 2009). W pierwszej kolejności jako predyktor do modelu wprowadzona zostanie zmienna postawa, a w drugiej kolejności zmienne wiek respondenta, wiek inicjacji seksualnej i liczba dotychczasowych partnerów seksualnych, co pozwoli odpowiedzieć na pytanie badawcze „w jakim stopniu postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego oraz ich wiek, wiek inicjacji i liczba partnerów seksualnych wyjaśniają zmienność

podejmowanej przez nich aktywności seksualnej?”. Analiza regresji wielokrotnej zostanie wykonana również osobno dla grupy studentów polskich i francuskich, umożliwiając odpowiedź na pytanie „czy miary współzmienności aktywności seksualnej i postaw wobec zdrowia seksualnego, wieku, wieku inicjacji seksualnej i liczby partnerów seksualnych różnią się w zależności od kraju pochodzenia”.

W konsekwencji pogłębionej analizy literatury przedmiotu i przyjętych w tej pracy założeń teoretycznych, skonstruowany został model zależności między wyróżnionymi w pracy zmiennymi:



Schemat 9. Model zależności między zmiennymi wyróżnionymi w pracy (źródło: opracowanie własne).

3.3. OPIS METOD, TECHNIK I NARZĘDZI BADAWCZYCH

Dla potrzeb niniejszej pracy została wykorzystana procedura diagnostyczna, skonstruowana w oparciu o wielostronną eksplorację literatury przedmiotu i badań z omawianego obszaru. Przeprowadzone analizy mają charakter opisowy i stanowią wstęp do pełniejszego opracowania zagadnienia postaw wobec zdrowia seksualnego oraz stanowią przyczynek do stawiania następnych pytań i poszerzania obszaru badawczego. Ze względu na ograniczony dobór próby nie mogą być też one uogólnione na całą populację studentów polskich i francuskich.

Na potrzeby badań zastosowano dwa narzędzia badawcze. Pierwszym narzędziem jest kwestionariusz do badania postaw wobec zdrowia seksualnego i wybranych zmiennych socjo-demograficznych. Kwestionariusz pozwalający orzekać całościowo o postawie wobec zdrowia seksualnego, jak również umożliwiający analizę poszczególnych jej komponentów, skonstruowany został na bazie wiedzy teoretycznej oraz eksploracji polskich i zagranicznych opracowań dotyczących postaw studentów wobec różnych aspektów seksualności. Drugim narzędziem badawczym jest kwestionariusz do badania aktywności seksualnej. Narzędzie to zostało skonstruowane na potrzeby badania w oparciu o wiedzę teoretyczną na temat funkcjonowania seksualnego młodych dorosłych oraz o analizę wcześniej prowadzonych w tym obszarze badań. Warto podkreślić, że przy konstruowaniu kwestionariusza nie tworzono uniwersalnych definicji o charakterze poznawczym, a raczej definicje operacyjne na potrzeby konkretnych badań (por. Soborski, s. 16). Z uwagi na pytania badawcze zakładające analizę relacji między zmiennymi (ze względu na planowane analizy statystyczne) w przypadku części zmiennych jakościowe warianty odpowiedzi (zaznaczane na skali typu Likerta) zostały zamienione na

liczby. Trafność fasadową kwestionariusza sprawdzono odwołując się do sędziów kompetentnych. Pozycje kwestionariusza zostały poddane ocenie merytorycznej w celu wyeliminowania:

- wpływu pytań naruszających samoocenę badanych,
- efektu pytań sformułowanych wieloznacznie,
- wpływu nieadekwatności języka do możliwości percepcyjnych osób badanych,
- wpływu pytań z wadliwą skalą odpowiedzi (por. Rubacha, 2008).

Dodatkowo na etapie badań pilotażowych przeprowadzono konsultacje związane z translacją narzędzia na język francuski.

W trosce o zwiększenie rzetelności badań dołożono starań, by zminimalizować dystraktory w sytuacji badania. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety do samodzielnego wypełnienia przez respondentów, zwracany w zaklejonej kopercie. Wzrost poczucia anonimowości zapewnić miała dodatkowo instrukcja umieszczona na początku narzędzia badawczego oraz swobodne rozlokowanie osób badanych w pomieszczeniu, w którym przeprowadzono sondaż (por. Jasińska-Kania, Starzyńska, 2008). W celu zwiększenia rzetelności zastosowano pytania kontrolne pozwalające wyeliminować osoby, których odpowiedzi są wynikiem dążenia do pozytywnej autoprezentacji oraz zgadywania lub braku koncentracji uwagi. W kwestionariuszu zastosowano 3 pary pytań, których odpowiedzi powinny się pokrywać oraz 2 pary pytań, na które odpowiedzi nie powinny pozostać ze sobą w sprzeczności. Pytania te zostały oddzielone od siebie innymi pozycjami kwestionariusza, a zatem były trudne do zidentyfikowania. Z dalszych analiz wyeliminowano osoby, których odpowiedzi były sprzeczne lub wykluczające się.

W kwestionariuszu wykorzystane zostało wystandaryzowane narzędzie badawcze do badania hierarchii wartości - Kwestionariusz

Lista Wartości Osobistych (LWO) autorstwa Juczyńskiego. LWO nawiązuje do pomiaru wartości zaproponowanego przez Rokeacha, gdzie zdrowie jest jedną z kilkunastu wartości, które należy uporządkować od najbardziej do najmniej ważnej (Juczyński, 2008; Makara-Studzińska, 2004). LWO składa się z dwóch części. W niniejszych badaniach odniesiono się do części drugiej, która przedstawia 10 kategorii wartości osobistych, w tym dobre zdrowie utożsamione ze sprawnością fizyczną i psychiczną. W kwestionariuszu LWO badany spośród podanych wartości zaznacza 5 najważniejszych dla siebie, przypisując im następnie oceny od 1 do 5 (1 dla najmniej ważnej, 5 dla najważniejszej, wartościom nie wskazanym przypisuje się wartość 0). Przypisane oceny traktuje się jako wagi świadczące o miejscu zdrowia w hierarchii wartości respondenta (wartość 0 - w momencie braku wyboru zdrowia) (Juczyński, 2008). Lista została skonstruowana jako metoda przeznaczona do badania dzieci i młodzieży, jakkolwiek ma również zastosowanie do badania osób dorosłych (Juczyński, 2008). Rzetelność LWO sprawdzono poprzez dwukrotny pomiar tym samym narzędziem. Współczynnik korelacji dwukrotnego badania w odstępie czasowym dwóch tygodni wyniósł 0,76 dla wykorzystanej tutaj części kwestionariusza LWO. Trafność teoretyczną LWO potwierdzają zgodne z oczekiwaniami zmiany rozwojowe, stwierdzone w badaniach dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat (w miarę dorastania wzrasta ranga wartości altruistycznych i zdrowia). O trafności wnosić też można na podstawie badania młodzieży (N=28), w którym dokonano porównania LWO z wynikami Skali Wartości Zdrowia autorstwa Lau uzyskując korelację 0,74 (Juczyński, 2008; Makara-Studzińska, 2004).

Do badania zmiennej „komponent poznawczy postawy wobec zdrowia seksualnego” zastosowano pytania, które mierzą wskaźnik

WHO p1 i używane były w badaniach przeprowadzanych na gruncie polskim przez Izdebskiego (Izdebski, 2001, 2005, 2006). Stosowany w badaniach z zakresu profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową wskaźnik pozwala w sposób syntetyczny określić poziom wiedzy respondentów o HIV/AIDS. Bierze on pod uwagę drogi zakażenia wirusem HIV, a tym samym efektywne sposoby zapobiegania mu, tj. stosowanie czystych igieł i strzykawek, stosowanie prezerwatywy, współżycie tylko z jednym i wiernym partnerem. Wskaźnik WHO P1 to inaczej odsetek osób, które poprawnie wskazały minimum 2 z 3 efektywnych sposobów zabezpieczania się przed HIV/AIDS. Wynik uzyskuje się dzieląc liczbę osób znających minimum 2 z 3 sposobów zabezpieczenia przez ogólną liczbę osób badanych. Przyjmuje on wartość 0-1. Osoby z wynikiem 1, które podały przynajmniej dwa racjonalne sposoby zabezpieczenia przed infekcją, klasyfikowane są jako posiadające efektywną wiedzę na temat profilaktyki HIV/AIDS (Izdebski, 2001, 2005, 2006).

3.4. PROCEDURA BADAŃ I DOBÓR OSÓB DO BADAŃ

Procedura badawcza przebiegała w następujących etapach:

1. etap badań pilotażowych w Polsce (kwiecień/czerwiec/październik 2009 roku). Badania pilotażowe służyły dalszym etapom operacjonalizacji narzędzi wykorzystanych w badaniu właściwym (badania wśród studentów polskich) oraz ewentualnym korektom translacyjnym z języka polskiego na język francuski (badania wśród studentów francuskich z programu wymiany Erasmus, konsultacja z tłumaczami przysięgłymi języka francuskiego oraz dwujęzycznymi pracownikami nauki).
2. etap badań właściwych (listopad/grudzień 2009 roku; styczeń/luty 2010 roku) polegał na anonimowych badaniach kwestionariuszowych we

Francji i w Polsce. Poprzedzony został procedurą ubiegania się o Stypendium Badawcze Rządu Francuskiego (La Bourse de la Recherche) zakończona w maju 2209 roku

3.etap opracowania wyników. Polegać będzie na statystycznym opracowaniu wyników w programie SPSS (ver.14 PL) oraz ich interpretacji.

4.na podstawie wyników badań oraz ich interpretacji sformułowane zostaną ogólne postulaty dla praktyki pedagogicznej (w zakresie promocji zdrowia seksualnego).

Osobami badanymi byli studenci w Polsce (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) i we Francji (Uniwersytet Pierre Mendès w Grenoble). Założono próbę liczącą 300 osób (odpowiednio 150 studentów w Polsce i 150 studentów we Francji). W doborze próby badawczej zastosowano dobór losowy zgodnie ze schematem losowania grupowego. Operat losowania stanowiły kierunki humanistyczne (IUT2; WSE) oraz lata studiów na Uniwersytecie Pierre Mendès w Grenoble oraz na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu. Są to grupy zróżnicowane wewnętrznie, ale względnie jednorodne w wymiarze międzygrupowym. Ostatecznie analizie poddano kwestionariusze wypełnione przez studentów z 9 grup studenckich (219 osób). Warunkiem wzięcia udziału w badaniach była zgoda respondenta wyrażona po wprowadzeniu dokonany przez osobę przeprowadzającą badanie (informacja o celu badań, ich dobrowolności i anonimowości).

Rozdział 4. Wyniki i wnioski z badań własnych

Jednym z celów niniejszej pracy było opisanie aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji. Uzyskane rezultaty pozwalają na charakterystykę takich aspektów seksualności studentów, jak ryzyko podejmowanej aktywności seksualnej

i satysfakcja z niej oraz wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej. Dodatkowo próba badawcza została przeanalizowana ze względu na zmienne kraj pochodzenia, wiek oraz zmienne odnoszące się do biografii seksualnej badanych: wiek inicjacji seksualnej oraz liczba partnerów seksualnych. Przedmiotem pracy było również opisanie postaw studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego. Oprócz tego praca realizuje cele diagnostyczne i wyjaśniające dotyczące uwarunkowań aktywności seksualnej populacji studentów w Polsce i we Francji. W analizach uwypuklono związek między aktywnością seksualną studentów oraz ich postawami wobec zdrowia seksualnego, a zmienną kraj pochodzenia.

Wyniki uzyskane za pomocą specjalnie skonstruowanego kwestionariusza ankiety zostały opracowane w programie SPSS (ver. 14 PL). Jednym ze sposobów prezentacji wyników było podsumowanie częstości występowania wartości danej zmiennej w tabeli częstości. Dodatkowo w przypadku zmiennych ilościowych posłużono się statystykami opisowymi (minimum, maksimum, średnia). Zastosowano również miary rozproszenia (odchylenie standardowe) oraz symetrii rozkładu wartości zmiennej (skośność, kurtoza). Posłużono się także następującymi testami statystycznymi:

- Test t-Studenta
- Test Chi-kwadrat
- Analiza regresji wielokrotnej
- Test Sobela

Wyniki uzyskane w toku przeprowadzonych badań zostaną zaprezentowane w kolejnych podrozdziałach.

4.1. CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH

Osobami badanymi byli studenci w Polsce (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) i we Francji (Uniwersytet Pierre Mendès w Grenoble). Zastosowano dobór losowy, za operat losowania przyjmując grupę zajęciową. Założono, że są to grupy zróżnicowane wewnątrznie, ale względnie jednorodne w wymiarze międzygrupowym (por. Brzeziński, 1987). Ostatecznie analizie poddano kwestionariusze wypełnione przez 219 osób, z czego przez 121 studentów w Polsce i 98 studentów we Francji. Warunkiem wzięcia udziału w badaniach była zgoda respondenta wyrażona po wprowadzeniu dokonany przez osobę przeprowadzającą badanie (informacja o celu badań, ich dobrowolności i anonimowości). Szczegółowe dane na temat liczebności próby badawczej przedstawione zostały w tabeli nr 7:

kraj pochodzenia	Liczebność grupy	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Polska	121	55,3	55,3	55,3
Francja	98	44,7	44,7	100,0
Ogółem	219	100,0	100,0	

Tabela 7. Charakterystyka próby badawczej (liczebność grup) (źródło: opracowanie własne)

Materiał empiryczny służący odpowiedzi na postawione w pracy problemy badawcze zebrano w grupie studentów, dla której średnia wieku wyniosła 22 lata (por. tabela nr 7 i tabela nr 8). Przedział wiekowy analizowanej próby mieścił się w granicach 18-35 lat.

zmienna	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
wiek respondenta	219	18	35	21,83	2,36

Tabela 8. Charakterystyka próby badawczej ze względu na wiek (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

kraj pochodzenia		N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Polska	wiek respondenta	121	19	27	21,90	1,78
Francja	wiek respondenta	98	18	35	21,73	2,93

Tabela 9. Charakterystyka próby badawczej ze względu na wiek studentów w Polsce i we Francji (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

Osoby badane rekrutowały się z następujących kierunków studiów: socjologia, pedagogika specjalna, filozofia, praca socjalna, pedagogika czasu wolnego, animacja kultury. Humanistyczny charakter kierunków wiąże się z feminizacją, co uwidacznia się w proporcji płci badanych studentów. Nierównowaga liczebnościowa studentów różnej płci uniemożliwiła porównania pod kątem tej zmiennej. Analiza z uwzględnieniem zmiennej płci jest ciekawym obszarem badawczym wymagającym pogłębienia w przyszłości.

płeć	Liczebność grupy	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
kobieta	185	84,5	84,5	84,5
mężczyzna	34	15,5	15,5	100,0
Ogółem	219	100,0	100,0	

Tabela 10. Charakterystyka próby badawczej ze względu na płeć (liczebność grup) (źródło: opracowanie własne).

Aktywność autoseksualna

Jak pokazuje analiza wypełnionych przez studentów kwestionariuszy, większość z nich jest aktywna seksualnie. W badanej grupie studentów 62,7% Polaków i 78,6% Francuzów uprawiało aktywność autoseksualną w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Jak widać z rozkładu wyników przedstawionych w tabeli nr 11, masturbacji nie uprawia ogółem 30% badanych studentów. Różnice ze względu na kraj

pochodzenia okazały się istotne statystycznie (na poziomie $p < 0,05$). Na pytanie o uprawianie aktywności masturbacyjnej odpowiedzi twierdzącej częściej udzielali studenci z Francji. Dla porównania, średnia częstotliwość zachowań masturbacyjnych w populacji studentów badanych przez Waszyńską wynosi 1,52 (przedział teoretyczny zmiennej: 0-4) (Waszyńska, 2003). Ciekawe jest również zestawienie tych rezultatów z wynikami analiz przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie Francuzów i Polaków. Wynika z nich, że masturbację uprawiało w swoim życiu większość Francuzów w wieku 20-24 lat (94,1% mężczyzn i 54,5% kobiet), natomiast regularnie w ciągu ostatnich 12 miesięcy masturbację uprawiało odpowiednio 52,5% mężczyzn i 16,3% kobiet (Bozon, 2008a). Wśród Polaków w wieku 18-24 lat do uprawiania masturbacji deklaruje 12% kobiet i 25,8% mężczyzn. Warto podkreślić, że 40% mężczyzn i 17,7% kobiet w tej grupie wiekowej wskazuje na uprawianie aktywności autoseksualnej w przeszłości (Izdebski, 2006). Uzyskane w niniejszym badaniu rezultaty znajdują zatem potwierdzenie w statystykach dotyczących różnic w częstotliwości masturbacji wśród Polaków i Francuzów.

W porównaniu z badaną populacją Francuzów i Polaków, w badanej grupie studentów nieco inny jest odsetek osób podejmujących masturbację. Wyższą częstotliwość zachowań masturbacyjnych u badanych osób odnieść można do specyfiki funkcjonowania studentów. Po pierwsze, wynikać to może z większej świadomości studentów w zakresie seksualności. Jak zauważa Waszyńska - hipotezę taką można wytłumaczyć większą dostępnością do literatury fachowej wśród studentów, a co za tym idzie zmniejszonym poczuciem lęku przed podejmowaniem tego typu zachowań (Waszyńska, 2003). Nie bez znaczenia może być również fakt oddalenia od partnera seksualnego oraz odroczenie decyzji o wejściu w stały związek/zawarciu małżeństwa.

Czynniki te sprzyjać mogą zwiększonej częstotliwości zachowań masturbacyjnych wśród studentów. Szczegółowe wyniki dotyczące podejmowania przez studentów aktywności autoseksualnej przedstawione zostały w poniższej tabeli:

aktywność autoseksualna		kraj pochodzenia		Ogółem
		Polska	Francja	
tak	Liczebność	74	77	151
	% z kraj pochodzenia	62,7%	78,6%	69,9%
nie	Liczebność	44	21	65
	% z kraj pochodzenia	37,3%	21,4%	30,1%
ogółem	Liczebność	118	98	216
	% z kraj pochodzenia	100,0%	100,0%	100,0%
Chi^2 (df =1, N = 216) = 6,40; p<0.05				

Tabela 11. Tabela krzyżowa podejmowanej aktywności autoseksualnej i kraju pochodzenia (źródło: opracowanie własne)

Aktywność seksualna społeczna

Jak widać w tabeli nr 12 - większość respondentów (w sumie 76,7%) podejmuje zachowania seksualne z partnerem. Porównując wyniki dotyczące aktywności seksualnej społecznej w obu grupach można zauważyć, że jest ona częstsza wśród badanych studentów z Francji. Zachowania seksualne z partnerem podejmuje 63,6% badanych studentów z Polski i 92,9% studentów z Francji. Zmienna kraj pochodzenia różnicuje w sposób istotny badane grupy ($p < 0,05$).

Z innych analiz wyłania się podobny obraz aktywności seksualnej studentów. Badania wśród studentów Akademii Świętokrzyskiej wskazują, że 67,2% studentów pierwszego roku wszystkich kierunków jest po inicjacji seksualnej (Suliga, 2004). Z analiz w populacji francuskiej wynika, że 72,8% chłopców i 70,3% dziewcząt w wieku 18 lat ma za sobą doświadczenie inicjacji seksualnej (Lagrange, 1997). Według badań

przeprowadzonych przez Skowrońskiego na grupie młodych dorosłych w Polsce 90,3% z nich podejmuje stosunki seksualne. Jak konstatuje autor- rezultaty takie wydają się być całkowicie uzasadnione, ponieważ młodzi dorośli są w wieku najsilniej rozwiniętej potrzeby seksualnej i dlatego realizują tę potrzebę w życiu osobistym (Skowroński, 2003, s.86).

podejmowanie aktywności seksualnej z partnerem		kraj pochodzenia		Ogółem
		Polska	Francja	
tak	Liczebność	77	91	168
	% z kraj pochodzenia	63,6%	92,9%	76,7%
nie	Liczebność	44	7	51
	% z kraj pochodzenia	36,4%	7,1%	23,3%
ogółem	Liczebność	121	98	219
	% z kraj pochodzenia	100,0%	100,0%	100,0%
Chi^2 (df=1, N = 216) = 25,88; p<0.05				

Tabela 12. Tabela krzyżowa podejmowanej aktywności seksualnej z partnerem i kraju pochodzenia (źródło: opracowanie własne)

W celu pełniejszego opisu próby badawczej, została ona przeanalizowana ze względu na zmienne odnoszące się do biografii seksualnej: wiek inicjacji seksualnej oraz liczbę partnerów seksualnych.

Wiek inicjacji seksualnej

Wiek inicjacji seksualnej to istotny element psychoseksualnej biografii jednostki, który jest nie tylko odzwierciedleniem przemian międzypokoleniowych, ale także odbiciem relacji między płciami. Jak zauważają Bozon i Kontula wszystkie społeczeństwa, we wszystkich epokach szukały środków kontroli momentu inicjacji seksualnej, która spełnia doniosłą rolę w reprodukcji biologicznej i socjalnej. Z uwagi na ryzyko niechcianej ciąży i wszelkie tego konsekwencje, jak również

ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową, inicjacja seksualna jest obiektem szczególnej troski instytucji edukacyjnych i zdrowia publicznego. Pierwszy stosunek seksualny stanowił (i wciąż stanowi) symboliczne przejście chłopca do świata dorosłych i w takiej formie został zachowany w zbiorowej podświadomości (Pelège, Picod, 2006, s.191). Inicjacja seksualna kobiety była w przeszłości (i w wielu społecznościach pozostała do dziś) ściśle zintegrowana z małżeństwem, stąd nakaz zachowania dziewictwa do ślubu. Dziewictwo, jako wymagany od kobiety symbol czystości i niewinności (obwieszczany nierzadko tryumfalnym wywieszeniem białego prześcieradła po nocy poślubnej) jest zarazem formą zniewolenia kobiet przez mężczyzn (Gromkowska,2001).W tym zakresie uwidacznia się podwójny standard seksualności mający swoje odzwierciedlenie w niższym wieku inicjacji mężczyzn niż kobiet (np. w krajach Europy Południowej, w Polsce) (Bozon, Kontula, 1997; Lew-Starowicz, 1993; Gromkowska, 2001). Asymetria zauważalna jest też w odmiennym stosunku obu płci do inicjacji seksualnej późniejszej niż średnia. Pozytywna ocena późnej inicjacji seksualnej dominuje wśród kobiet, w grupie mężczyzn przeważa dewaloryzacja oraz ukrywanie tego faktu (Bajos, Bozon, 2008; Gola, 2008). Relacje między momentem rozpoczęcia życia seksualnego w grupie kobiet i mężczyzn są uwarunkowane po części czynnikami natury biologicznej (wyższy poziom hormonów i nasilenie popędu płciowego u chłopców w okresie dorastania), ale są również ważnym wskaźnikiem relacji między płciami i wobec płci.

Wiek inicjacji seksualnej analizowanych grup jest odbiciem transformacji socjalnej i kulturowej, jaka zaszła (w różnym stopniu i czasie) we Francji i w Polsce. W Europie począwszy od lat 60-tych XX wieku zauważalna jest liberalizacja norm i osłabienie wpływu religii w sferze seksualnej, a tym samym przyspieszenie momentu inicjacji

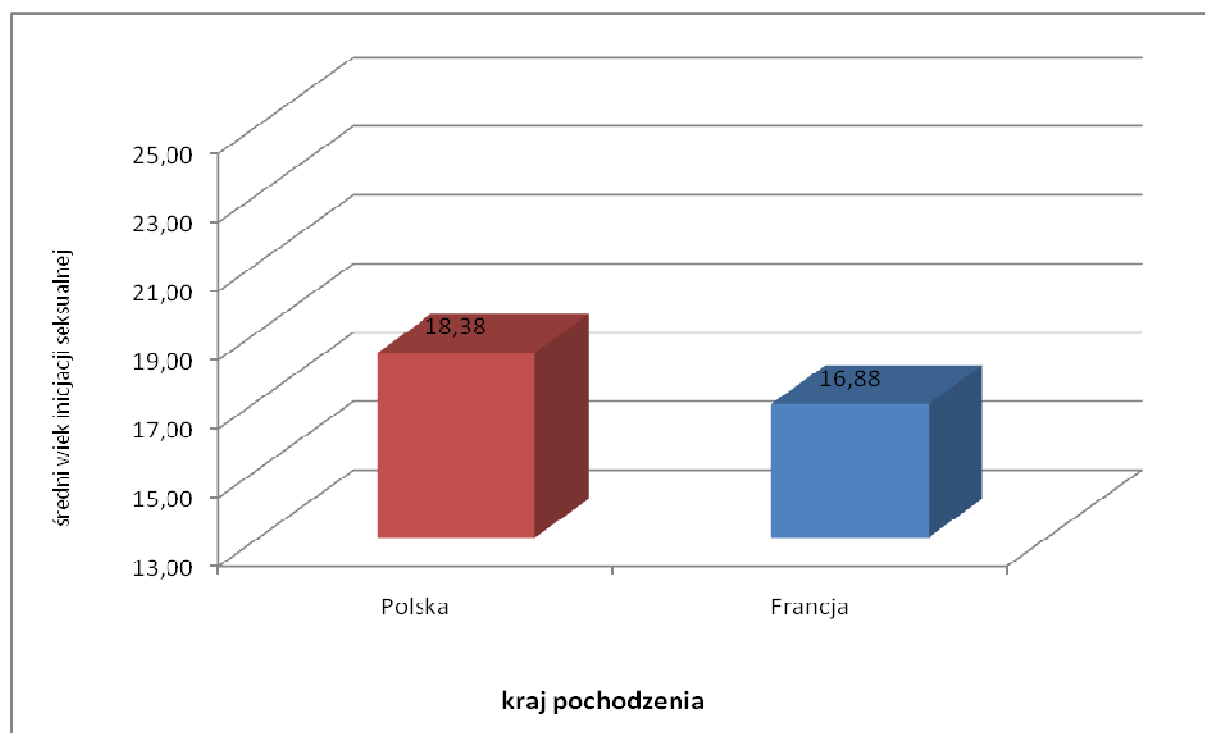
seksualnej. Pojawienie się zagrożenia ze strony HIV nie wpłynęło w sposób wyraźny na zmianę wieku inicjacji seksualnej w krajach Europy Zachodniej. Inny trend uwidacznia się w analizach na gruncie polskim w latach 80-tych. Nastąpił wówczas spadek odsetka osób po inicjacji seksualnej w porównaniu z wcześniejszą dekadą (Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994). Generalnie rzecz ujmując, w zakresie wieku inicjacji seksualnej na świecie zauważalna jest tendencja spadkowa, co dotyczy szczególnie populacji kobiet, choć trendy te stabilizują się (Bozon, Kontula, 1997; Bozon, 2008a; Godeau i inni, 2008b). Zmiany średniego wieku inicjacji seksualnej tłumaczyć można z perspektywy ogólnych przemian dotyczących każde pokolenie. Dla współczesnych młodych dorosłych będzie to spadek roli małżeństwa wraz ze wzrostem liczby rozwodów i związków kohabitacyjnych. Nie bez znaczenia jest również podniesienie poziomu edukacji (w tym seksualnej) i wzrost aktywności zawodowej głównie młodych kobiet, a co za tym idzie uniezależnienie od partnera i rodziny (Bozon, Kontula, 1997). Obniżenie wieku inicjacji seksualnej na przestrzeni lat wyjaśnić można również odwołując się do argumentów z dziedziny biologii. Zgodnie z prawem akceleracji rozwoju każde następne pokolenie uzyskuje dojrzałość biologiczną wcześniej, niż pokolenie je poprzedzające. Fakt przyspieszenia dojrzewania biologicznego może być jednym z wielu czynników wpływających na obniżenie wieku inicjacji seksualnej (Guettier, 1999).

Jak widać w tabeli nr 13, średni wiek inicjacji seksualnej w badanej grupie wyniósł 17,57 (18,38 dla studentów w Polsce i 16,88 dla studentów we Francji). W odniesieniu do tej zmiennej występują istotne statystycznie różnice ze względu na kraj pochodzenia ($t(166)=5,45$; $p<0,05$). Wyniki odnoszące się do tego aspektu seksualności zostały zaprezentowane w tabeli nr 13 oraz na wykresie nr 1.

zmienna	N	Minimum	Maks.	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
wiek inicjacji seksualnej	168	13,0	25,0	17,57	1,91	,66	1,01

Tabela 13. Średni wiek inicjacji seksualnej studentów (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

Uzyskane rezultaty korespondują z wynikami badań krajowych i międzynarodowych w tym zakresie. W Polsce, według badań Wróblewskiej, średni wiek inicjacji seksualnej wynosi 20,4 lat dla kobiet i 19,4 lat dla mężczyzn i jest najniższy w Europie oraz porównywalny z danymi dla populacji japońskiej (Wróblewska, 2007; por. Woynarowska, Szymańska, Mazur, 2001). Nieco niższy wiek rozpoczynania życia seksualnego pojawia się w analizach Izdebskiego dla populacji w wieku 15-49 lat. Wynosi on 18,8 lat dla kobiet i 18,1 lat dla mężczyzn (Izdebski, 2006). W badanej przez Skowrońskiego populacji młodych dorosłych wyniósł on 18 lat (Skowroński, 2003).



Wykres 1. Średni wiek inicjacji seksualnej studentów w Polsce i we Francji ($p < 0,05$) (źródło: opracowanie własne).

W badaniach komparatywnych obejmujących populację Polaków i Francuzów znaleźć można potwierdzenie hipotezy o różnicy wieku inicjacji seksualnej ze względu na kraj pochodzenia. Z analiz przytaczanych przez Bozona wskaźniki dla grupy wiekowej 20-24 lata wynoszą w Polsce 19,6 lat dla kobiet i 19,7 lat dla mężczyzn, we Francji zaś odpowiednio 17,6 i 17,4 lat (Bozon, 2003).

Warto podkreślić, że poziom wykształcenia jest czynnikiem istotnie różnicującym średni wiek inicjacji seksualnej, który dla studentów jest nieco wyższy niż dla pozostałych osób z tej grupy wiekowej (Bozon, Kontula, 1997; Lew-Starowicz, 1993). Może to wynikać, podobnie jak wyższe wskaźniki częstotliwości masturbacji, z przestrzennego oddalenia od partnera seksualnego, z faktu zamieszkiwania z rodzicami, zaabsorbowania edukacją czy odroczeniem decyzji o wejściu w trwały związek (ostatni czynnik może być szczególnie istotny dla osób wierzących).

Liczba partnerów seksualnych

Liczba partnerów seksualnych została włączona do niniejszej analizy jako element biografii seksualnej w odniesieniu do całej badanej populacji, jak i z uwzględnieniem zmiennej kraj pochodzenia. Z punktu widzenia epidemiologii liczba partnerów seksualnych jest istotnym wskaźnikiem ryzyka HIV oraz innych STD/STI. Im większa ilość partnerów seksualnych w biografii seksualnej jednostki, tym wyższe ryzyko kontaktu z osobą seropozytywną. Dodatkowo jest to istotny wskaźnik opisujący społeczno-obyczajowe przemiany w sferze seksualności.

Generalnie na przestrzeni lat uwidacznia się tendencja do zwiększania liczby partnerów seksualnych (Andro, Bajos 2008). Wzrost średniej liczby partnerów seksualnych wiązać można z dysocjacją

aktywności seksualnej i prokreacji, co stało się faktem za sprawą skutecznej antykoncepcji. Większa liczba partnerów seksualnych w populacji młodych dorosłych wynika z oddzielenia aktywności seksualnej od instytucji małżeństwa, co w sensie obyczajowym sankcjonuje seks przedmałżeński i pozamałżeński. Jak podkreśla Levinson - pojęcie aktywności seksualnej przedmałżeńskiej właściwie straciło dzisiaj swój sens, tym bardziej że powszechne i bardziej aprobowane są związki kohabitacyjne, związki homoseksualne, jak również seks przygodny czy partnerzy równolegli (Levinson, 1997).

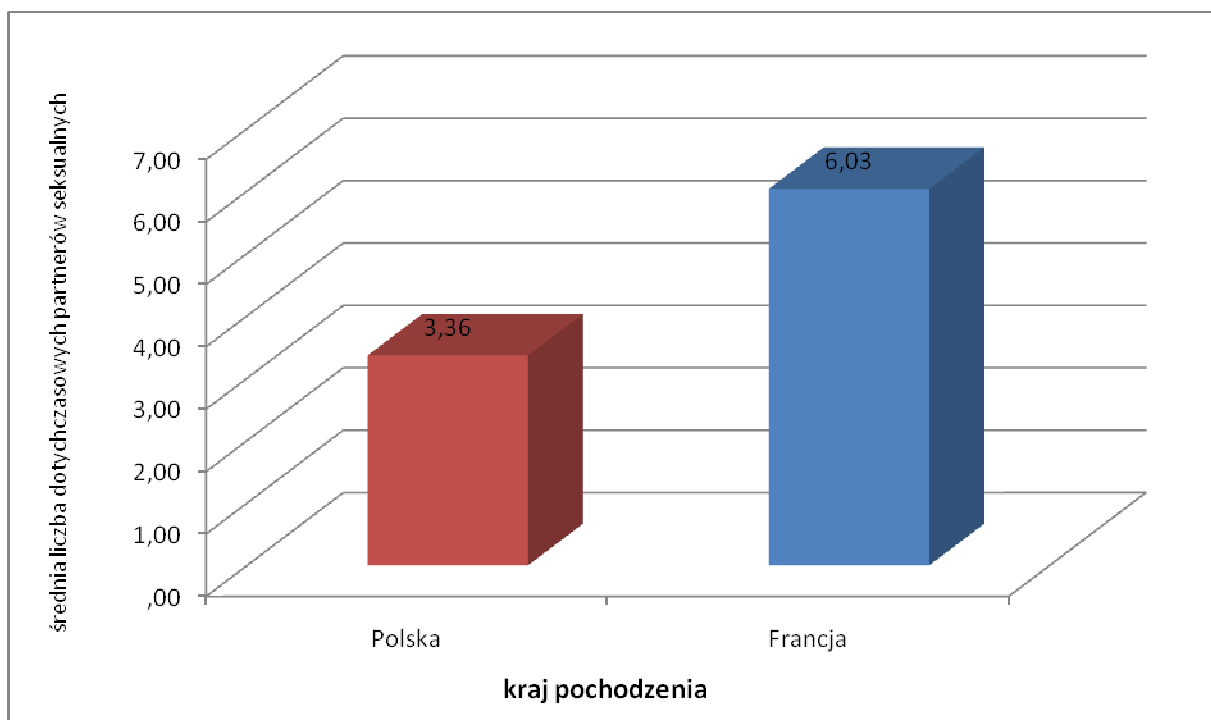
W przeprowadzonych wśród studentów badaniach średnia liczba partnerów seksualnych wyniosła 4,80. Wyniki dotyczące tego aspektu biografii seksualnej badanych studentów zostały zaprezentowane w tabeli nr 14.

zmienna	N	Min	Maks.	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
liczba dotychczasowych partnerów seksualnych	167	1	31	4,80	5,60	2,51	6,88

Tabela 14. Średnia liczba dotychczasowych partnerów seksualnych (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

Uzyskane wyniki korespondują z innymi analizami przeprowadzonymi w Polsce i we Francji. Badani przez Skowrońskiego młodzi dorośli mieli w ciągu swojego życia średnio 4,68 partnerów seksualnych (Skowroński, 2003). W badaniach Izdebskiego średnia liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wyniosła 1,34 dla populacji w wieku reprodukcyjnym (przy czym dla osób z wykształceniem wyższym była nieco niższa) (Izdebski, 2006). Z badań we Francji wynika, że średnia liczba partnerów dla grupy wiekowej 20-24 to 3,2 dla kobiet i 6 dla mężczyzn (Leridon, 2008). Spośród badanych we Francji nastolatków 10,6% chłopców i 3,3% dziewcząt miało od czasu inicjacji

seksualnej powyżej 10 partnerów seksualnych, a tylko 34,3% chłopców i 54,7% dziewcząt miało jednego partnera (Levinson, 1997; Warszawski, 1997).



Wykres 2. Średnia liczba dotychczasowych partnerów seksualnych studentów w Polsce i we Francji ($p < 0,05$) (źródło: opracowanie własne).

Jak widać na wykresie nr 2, między grupami występują istotne statystycznie różnice ze względu na kraj pochodzenia ($t(167)=3,15$; $p < 0,05$). Średnia liczba partnerów seksualnych w biografii seksualnej badanych studentów w Polsce wynosi 3,36, natomiast dla studentów we Francji jest zdecydowanie wyższa i wynosi 6,03. Różnice w populacji studentów polskich i francuskich analizować można między innymi w kontekście, zróżnicowanego u obu grup, poziomu religijności. System norm wynikających z intensywności życia religijnego różnicuje sferę zachowań seksualnych, choć nie we wszystkich aspektach. Z badań Wróblewskiej wynika, że w grupie studentów, którzy przywiązują małą lub żadną wagę do religii, 27% jest przed inicjacją seksualną, a 22%

miało powyżej 4. partnerów seksualnych. W grupie osób, dla których religia jest bardzo ważna, 66% nie odbyło dotychczas kontaktu seksualnego, a 6% ma w swojej biografii seksualnej więcej niż 4. partnerów (Wróblewska, 2006). Podobne wnioski płyną z analiz Izdebskiego: najniższą liczbą partnerów aktywności seksualnej (średnio 1,1 w ciągu ostatnich 12 miesięcy) charakteryzują się osoby głęboko wierzące i regularnie praktykujące, najwyższą zaś (średnio 1,91) osoby zadeklarowane jako niewierzące (Izdebski, 2006).

4.2. AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA STUDENTÓW W POLSCE I WE FRANCJI

4.2.1. Satysfakcja z aktywności seksualnej

Zmienną zależną w niniejszych badaniach jest aktywność seksualna analizowana w odniesieniu do studentów we Francji i w Polsce. Jednym z kryteriów zdrowia seksualnego wg WHO jest zdolność do zdobywania satysfakcjonujących doświadczeń seksualnych, stąd pierwsze pytanie badawcze postawione w pracy: jaki jest rozkład zmiennej aktywność seksualna studentów w Polsce i we Francji w zakresie satysfakcji z podejmowanej aktywności seksualnej?

Satysfakcja z aktywności seksualnej jest definiowana w badaniach jako subiektywna ocena satysfakcji z zachowań autoseksualnych i zachowań seksualnych społecznych (por. Jankowiak, 2008). Na rolę tego aspektu funkcjonowania seksualnego wskazuje definicja zdrowia seksualnego. Według WHO stanowi ono integrację biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów seksualności ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości (WHO, 2001). Analiza subiektywnie odczuwanej satysfakcji z aktywności seksualnej jest ważna zarówno z punktu

widzenia rozważań teoretycznych, jak i dla praktyki edukacyjnej w zakresie zdrowia seksualnego.

Eksploracja literatury przedmiotu dowodzi, że aktywności autoseksualnej towarzyszy nierzadko wstyd i poczucie winy. Dodatkowo mogą pojawić się obawy o funkcjonowania seksualne w przyszłości, o zdrowie mentalne, czy o deflorację w trakcie masturbacji (Ozan, i inni, 2005). Restrykcyjne podejście do masturbacji ze strony części rodziców, wychowawców czy przedstawicieli kościoła sprawia, że aktywność autoseksualna może powodować poczucie odrębności, inności, anormalności (Pelège, Picod, 2006). Na satysfakcję z aktywności seksualnej rzutują często postawy będące wypadkową stereotypowych przekonań. Spośród badanych w 2005 roku przez Izdebskiego dorosłych Polaków 24% zgadza się ze stwierdzeniem, że masturbacja prowadzi do zaburzeń psychicznych i zdrowotnych. Jeszcze większy odsetek respondentów uważa, że masturbacja nie powinna mieć miejsca w przypadku osób żyjących w małżeństwie lub w stałym związku (39,5%). Według 14,2% lepiej jest mieć kontakty seksualne z przypadkową osobą niż uprawiać aktywność autoseksualną (Izdebski, 2006).

Podobnie jak masturbacja, tak i aktywność seksualna społeczna może łączyć się z odczuwaniem całego spektrum emocji, od tych związanych z ekstazą, do tych o negatywnym znaku, co wpływa na poziom subiektywnie odczuwanej satysfakcji (Zaitsev G.K, Zaitsev A.G. 2006; Jankowiak, 2008; Skowroński, 2003; Waszyńska, 2003).

Analiza satysfakcji z aktywności seksualnej w badanej grupie studentów pozwala zauważyć, że średnia satysfakcja wynosi 2,76 (przedział metryczny zmiennej wynosi 1 - 4). Statystyki opisowe zmiennej satysfakcja z aktywności seksualnej zamieszczono w poniższej tabeli:

zmienna	N	Min	Maks.	Mediana	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
Satysfakcja z aktywności seksualnej	187	1,00	4,00	3,00	2,76	,68	-,48	,45

Tabela 15. Satysfakcja z aktywności seksualnej studentów (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

Dodatkowo w celu opisu badanej próby na podstawie mediany zostały ustalone przedziały zmiennej satysfakcja z aktywności seksualnej, która może przyjmować następujące wartości:

- niska
- wysoka.

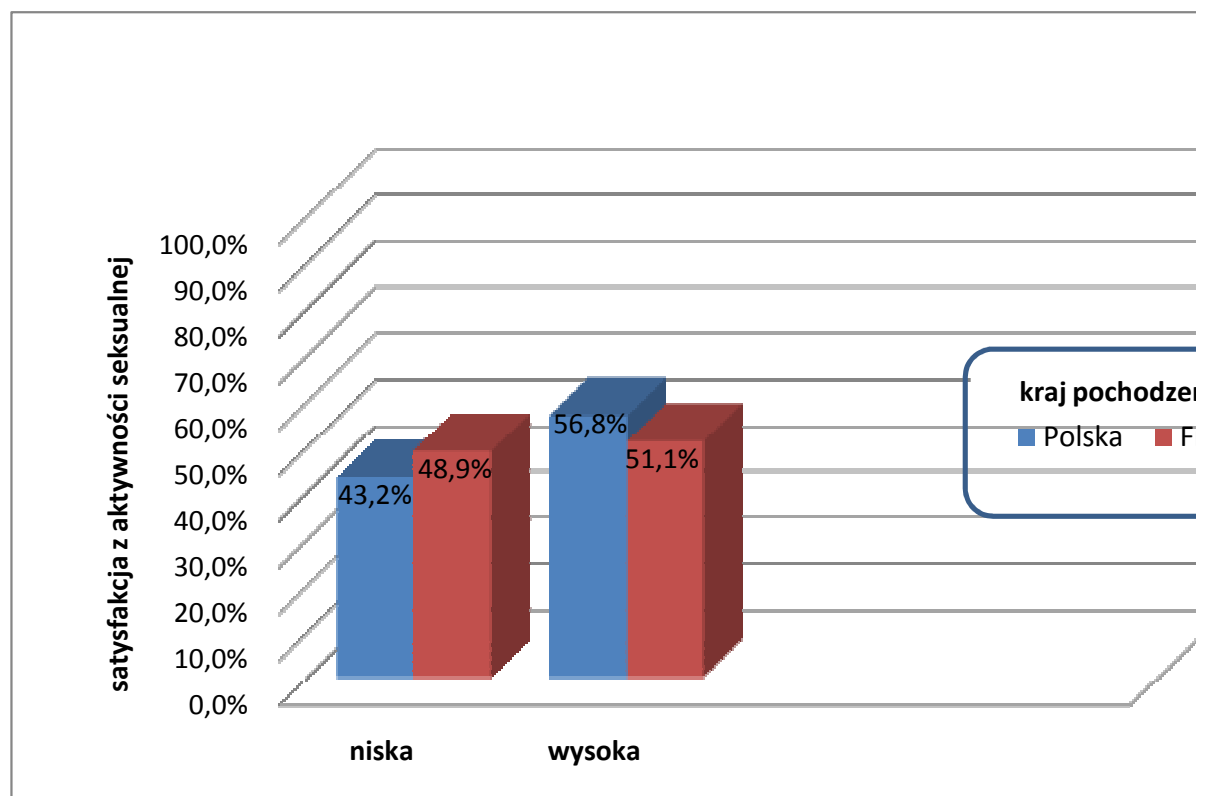
Z analizy tabeli nr 16 wynika, iż ogółem 54% studentów osiąga wysokie wyniki w zakresie satysfakcji z zachowań seksualnych. Niskie wyniki w zakresie tej zmiennej osiąga 46% badanych respondentów. W odniesieniu do tego aspektu seksualności nie wystąpiły istotne statystycznie różnice ze względu na zmienna kraj pochodzenia (por. wykres nr 3).

Wyniki w zakresie satysfakcji z aktywności seksualnej	Liczebność grupy	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
niskie	86	39,3	46,0	46,0
wysokie	101	46,1	54,0	100,0
ogółem	187	85,4	100,0	
brak danych	32	14,6		
ogółem	219	100,0		

Tabela 16. Satysfakcja z aktywności seksualnej studentów (liczebność grup) (źródło: opracowanie własne).

Dla porównania, badani przez Waszyńską studenci najwyżej ocenili satysfakcję osiąganą w trakcie podejmowanych stosunków genitalnych (w porównaniu z innymi formami). Średnia ocena dla tej formy aktywności seksualnej wyniosła 7,91 (przedział teoretyczny zmiennej 0-10) (Waszyńska, 2003). Uzyskane w badaniu wyniki można odnieść

również do analiz przeprowadzonych w populacji dorosłych Polaków i Francuzów. W badaniu CSF 46,8% Francuzek i 37,8% Francuzów określiło poziom satysfakcji ze swojego życia seksualnego jako bardzo satysfakcjonujący, odpowiednio 43,1% i 49,2% jako dość satysfakcjonujący, natomiast 3,4% kobiet i 4,2% mężczyzn jako zupełnie nie satysfakcjonujący (Bajos, Bozon, 2008, s.332). W populacji polskiej rozkład odpowiedzi przedstawia się nieco inaczej. 15,8% Polek i 15,4% Polaków ocenia swoje życie seksualne jako bardzo dobre, natomiast 42,2% i 41,2% jako dobre. Odsetek osób niezadowolonych z tej sfery życia wynosi 7,3%, przy czym jako bardzo złe swoje życie seksualne ocenia 0,8% kobiet i 1,4% mężczyzn (Izdebski, 2006). Warto podkreślić, że badania te odnoszą się do całej populacji osób dorosłych, a nie do studentów. Analiza wyników badań w tym obszarze pozwala na wysunięcie wniosku, że dla tej grupy wiekowej wskaźniki satysfakcji z życia seksualnego są najwyższe (Izdebski, 2006).



Wykres 3. Niskie i wysokie wyniki w zakresie satysfakcji z aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji ($p < 0,05$) (źródło: opracowanie własne).

4.2.2. Ryzyko aktywności seksualnej

Jednym z kryteriów zdrowia seksualnego wg WHO jest zdolność do zdobywania bezpiecznych doświadczeń seksualnych, stąd drugie pytanie badawcze postawione w pracy: jaki jest rozkład zmiennej aktywność seksualna studentów w Polsce i we Francji w zakresie ryzyka podejmowanej aktywności seksualnej?

W literaturze seksuologicznej analizuje się szereg czynników wpływających na ryzyko infekcji HIV (STD/STI) podczas aktywności seksualnej. Jak podkreślają Izdebski i Walendzik - w szacowaniu ryzyka zakażenia HIV najistotniejsze jest to jakie techniki i formy aktywności są praktykowane (Izdebski, Walendzik, 2000, s.14). W zależności od formy podejmowanych zachowań seksualnych ryzyko zakażenia wirusem HIV oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową zmienia się w sposób znaczący. Szacowanie ryzyka zakażenia wirusem HIV i innymi chorobami/infekcjami przenoszonymi drogą płciową ze względu na formę i częstotliwość aktywności seksualnej jest uzasadnione ze względu na:

- istnienie uszkodzeń w obrębie śluzówki narządów płciowych, jamy ustnej, odbytu,
- możliwość dalszych mechanicznych uszkodzeń błony śluzowej w trakcie aktywności seksualnej,
- rodzaj i ilość potencjalnie zakaźnego płynu ustrojowego (preejakulat, sperma, wydzielina pochwy i szyjki macicy, krew menstruacyjna), który ma kontakt z błoną śluzową,
- powierzchnię kontaktu błony śluzowej z materiałem potencjalnie zakaźnym,
- czas trwania kontaktu błony śluzowej z materiałem potencjalnie zakaźnym,

- częstotliwość kontaktu błony śluzowej z materiałem potencjalnie zakaźnym (por. Izdebski, Walendzik, 2000; Konieczny, Sokoluk, 2005; Lew-Starowicz, 1995; Sokoluk, 2003).

W szacowaniu ryzyka HIV (szerzej: STD/STI) istotna jest częstotliwość form aktywności seksualnej, co określa tzw. mapa zachowań seksualnych (Konieczny-Sokoluk, 2005). W klasyfikacji zachowań seksualnych ze względu na stopień ich ryzykowności Izdebski i Walendzik wyróżniają:

- bezpieczne formy aktywności seksualnej (przytulanie się, obejmowanie, pocałunki; petting, necking, masaż, wspólny prysznic),
- mało ryzykowne formy zachowań seksualnych (głębokie pocałunki, petting, cunnilingus, fisting, fingering, kontakty oralno-analne),
- ryzykowne formy aktywności seksualnej (stosunek dopochwowy przerywany, fellatio, cunnilingus, stosunek dopochwowy z zabezpieczeniem, stosunek dopochwowy z nieprawidłowo użytą prezerwatywą),
- najbardziej ryzykowne formy zachowań seksualnych (stosunek analny, stosunek dopochwowy bez prezerwatywy, stosunek oralny z wytryskiem w usta, stosunek seksualny w stanie odurzenia) (Izdebski, Walendzik, 2000, s.16-17).

Dla uproszczenia procedury badawczej za formy aktywności seksualnej związane z największym ryzykiem HIV oraz STD/STI uznano kontakty genitalne oraz analne, co analizowane jest ze względu na ich częstotliwość.

Z badań przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie Francuzów wynika, że regularnie seks analny uprawia 6,4% Francuzek i 15,1% Francuzów w wieku 20-24 lat, przy czym częstotliwość tych praktyk spada wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Minimum raz w ciągu

całego życia stosunek analny odbyło odpowiednio 36,1% mężczyzn i 28,3% kobiet we Francji (Bozon, 2008b). W populacji Polaków odsetek ten wynosi odpowiednio 20,9% i 16,2% (Izdebski, 2006). Spośród nastolatków po inicjacji seksualnej stosunek analny, najbardziej ryzykowny z punktu widzenia transmisji wirusa HIV miało za sobą 13% chłopców we Francji i 15,4% dziewcząt (pytanie dotyczyło 12. miesiący poprzedzających badanie) (Levinson, 1997).

W niniejszej pracy poziom ryzyka aktywności seksualnej jest oceniany ze względu na doznania bólowe w trakcie masturbacji, zagrożenie jakie stanowi ona dla zdrowia/życia jednostki oraz przebieg utrudniający wkomponowanie jej w aktywność seksualną z partnerem (por. Beisert, 2006; Imieliński, 1985). Dodatkowo, uwzględniono częstotliwość podejmowania ryzykownych z punktu widzenia STD/STI form zachowań seksualnych (seks waginalny i analny) oraz ocenę częstotliwości podejmowania stosunków seksualnych bez prezerwatywy.

Analiza ryzyka aktywności seksualnej podejmowanej przez studentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy pozwala zauważyć, że średnia wynosi 2,02 (por. tabela nr 17).

zmienna	N	Min	Maks.	Mediana	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
ryzyko zachowań seksualnych	187	1,00	3,67	2	2,02	,47	,77	1,42

Tabela 17. Ryzyko aktywności seksualnej studentów (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

W celu opisu badanej próby w zakresie ryzykownych aktywności seksualnych na podstawie mediany zostały ustalone przedziały zmiennej ryzyko aktywności seksualnej, które może przyjmować następujące wartości:

- niskie
- wysokie.

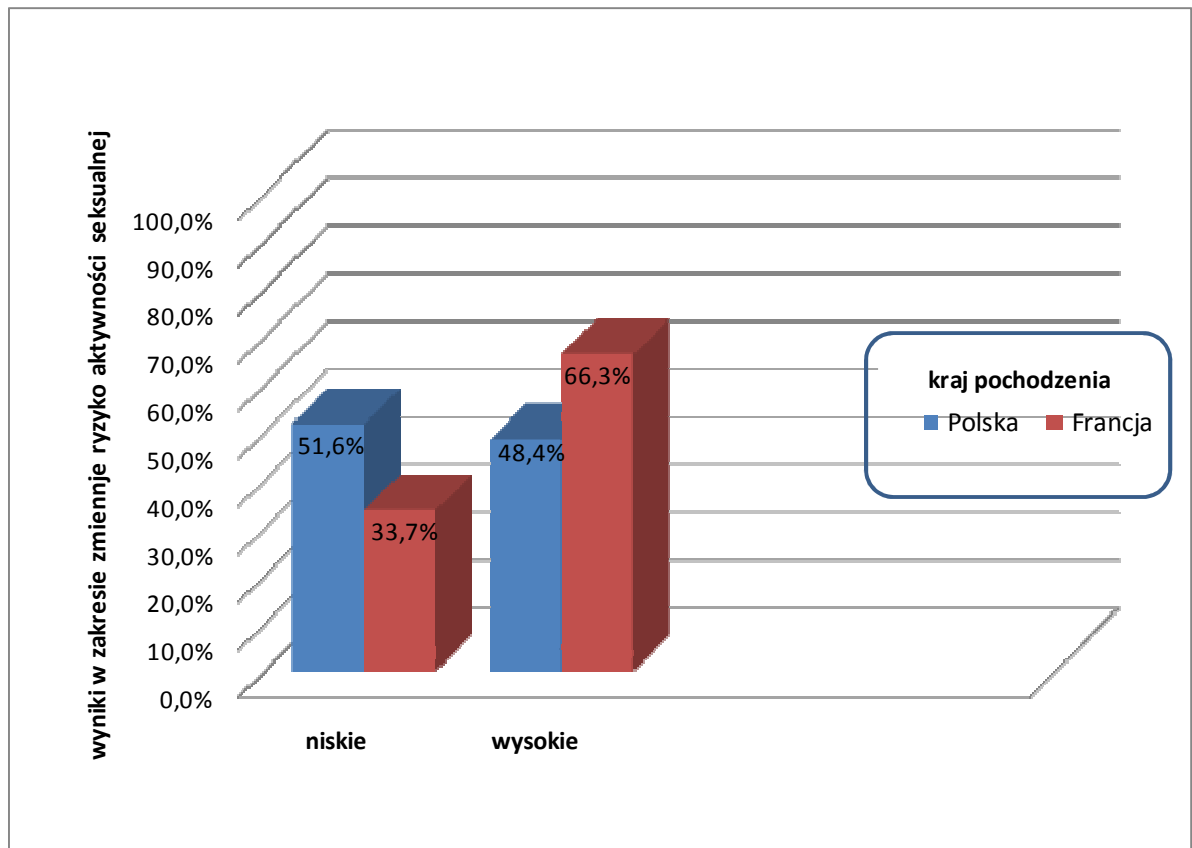
Analiza poziomu ryzyka aktualnie podejmowanej aktywności seksualnej w badanej grupie studentów pozwala zauważyć, że jest ono wysokie odniesieniu do 48,9% badanych studentów (48,4% studentów w Polsce i 66,3% studentów we Francji) i niskie przypadku 36,5% (odpowiednio 51,6% i 33,7%) (por.tabela18). W tym zakresie widać różnice między populacją badanych studentów w Polsce i we Francji. Różnica między analizowanymi grupami jest istotna statystycznie ($Chi^2(df=1, N=187)=6,11; p<0,05$). Szczegółowe wyniki zostały zaprezentowane w tabeli nr 18 oraz na wykresie nr 4.

Wyniki w zakresie ryzyka zachowań seksualnych	Liczebność grupy	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
niskie	80	36,5	42,8	42,8
wysokie	107	48,9	57,2	100,0
ogółem	187	85,4	100,0	
brak danych	32	14,6		
ogółem	219	100,0		

Tabela 18. Ryzyko aktywności seksualnej studentów (liczebność grup) (źródło: opracowanie własne).

Ryzyko zakażenia wirusem HIV oraz innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową zmienia się ze względu na częstotliwość stosowania prezerwatyw podczas różnych form zachowań seksualnych, co zostało uwzględnione w pytaniach odnoszących się do tego aspektu seksualności. W literaturze przedmiotu za jedną z najbardziej ryzykownych form aktywności seksualnej uznane jest współżycie bez prezerwatywy, a odpowiedź na pytanie o stosowanie prezerwatyw w trakcie stosunków genitalnych i analnych jest wskaźnikiem zachowań ryzykownych w odniesieniu do chorób (infekcji) przenoszonych drogą płciową. Jest to

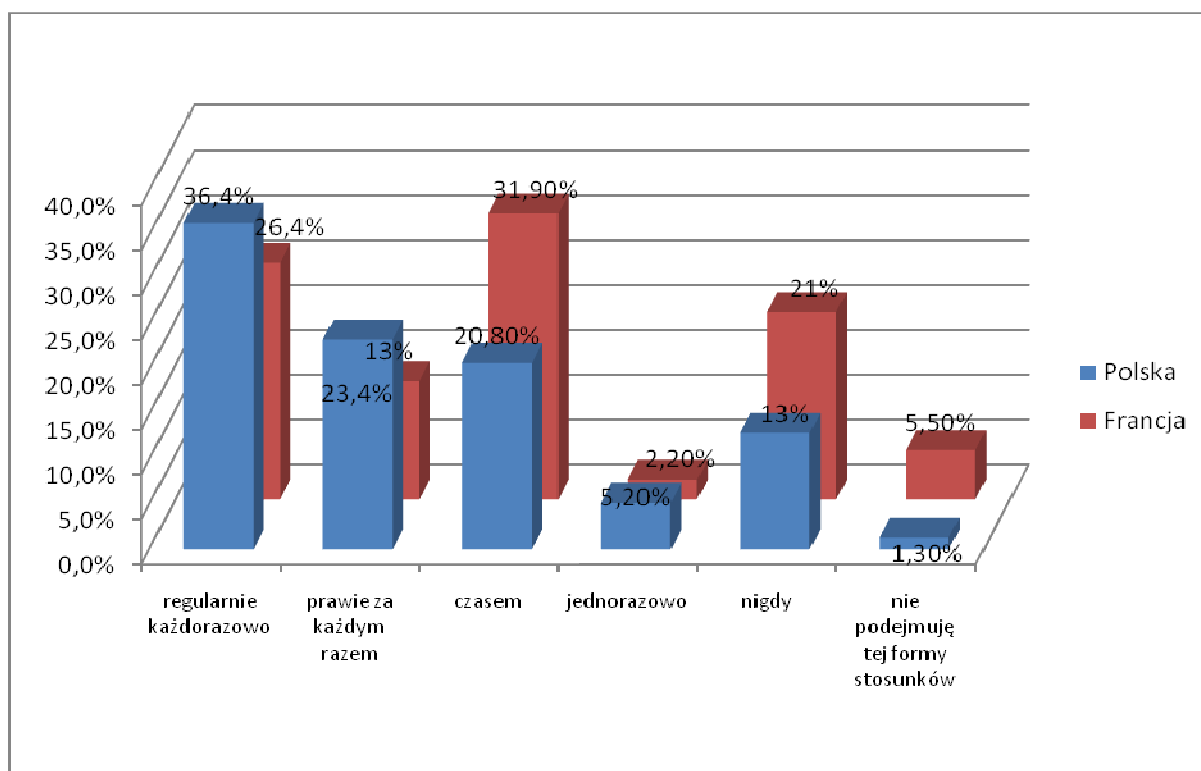
wskaźnik używany często w analizach zdrowia reprodukcyjnego (por. Izdebski, 2007; Coleman, Testa, 2008; Bozon, 2009).



Wykres 4. Niskie i wysokie wyniki w zakresie ryzyka aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji ($p < 0,05$) (źródło: opracowanie własne).

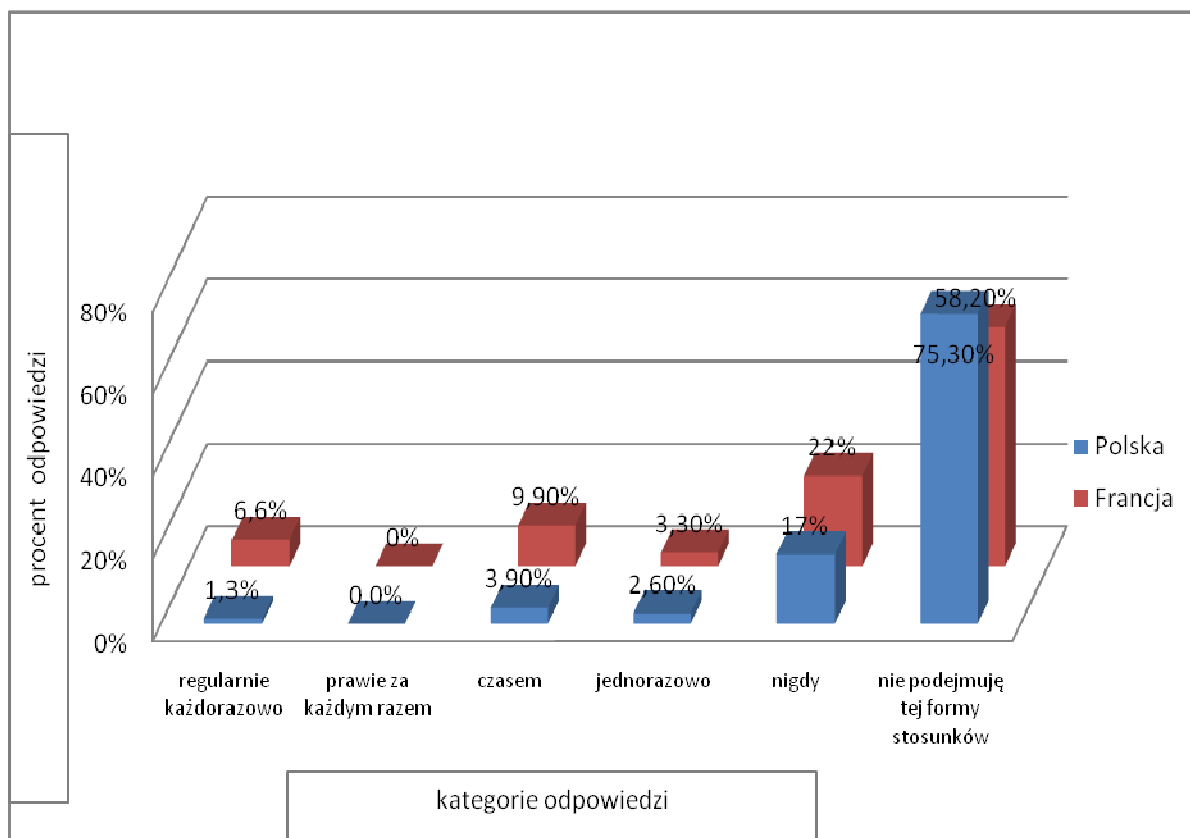
Wzrost zainteresowania prezerwatywą, zauważalny jest w Europie od połowy lat 80-tych, co wiązać należy z działaniami prewencyjnymi w zakresie STD/STI (Bozon, Kontula, 1997). Pojawienie się nowych metod antykoncepcyjnych doprowadziło do obniżenia popularności prezerwatywy jako metody antykoncepcyjnej. Trend ten jest zauważalny wyraźnie we Francji, w której w latach 70-tych i 80-tych XX wieku popularność prezerwatywy systematycznie spadła na rzecz tabletek antykoncepcyjnych (ich stosowanie podczas inicjacji seksualnej deklarowało 8% Francuzów badanych w 1987 roku i aż 45% badanych w 1993 roku (Bozon, Kontula, 1997).

Na wykresach nr 5 i 6 został zaprezentowany procentowy rozkład deklaracji odnośnie stosowania prezerwatywy w trakcie aktywności seksualnej (genitalnej i analnej) podejmowanej w ciągu ostatniego roku przez studentów w Polsce i we Francji.



Wykres 5. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosowanie prezerwatywy w trakcie aktywności genitalnej (χ^2 (df=5, N=168) = 10,30; (źródło: opracowanie własne).

Analiza średniej częstotliwości stosowania prezerwatyw przez badanych studentów wskazuje na brak istotnych statystycznie różnic między grupami. Wyniki zbliżają się jednak do poziomu istotności, ($t(166) = 1,92$; $p = 0,057$), a zatem można zakładać, że analiza bardziej licznej próby wykaże istotnie statystycznie różnice ze względu na zmienną kraj pochodzenia.



Wykres 6. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosowanie prezerwatywy w trakcie aktywności analnej (Chi^2 (df=4, N=168) = 7,37) (źródło: opracowanie własne).

Jak widać na wykresie nr 5, odsetek 36,4% studentów w Polsce w porównaniu z 26,4% studentów we Francji sięgało po prezerwatywę regularnie w czasie stosunków genitalnych. Można zatem wysunąć wniosek, że prezerwatywa cieszy się większym powodzeniem wśród badanych studentów w Polsce. Inaczej prezentują się wyniki odnośnie stosowania prezerwatywy w trakcie stosunków analnych. Regularnie, każdorazowo w ciągu ostatniego roku stosowało ją 1,3% studentów w Polsce w porównaniu do 6,6% studentów we Francji. Uzyskane rezultaty odnieść można do analiz prowadzonych w Polsce i we Francji w ramach międzynarodowego projektu HSBC. Badania przeprowadzone na Akademii Świętokrzyskiej wskazują, że spośród badanych studentów pierwszego roku 59% (z grupy aktywnych seksualnie) używało prezerwatywę w trakcie ostatniego stosunku płciowego, natomiast

prezerwatywę i tabletki antykoncepcyjne stosowało 15% badanych (Suliga, 2004). Z analiz Izdebskiego wynika, że odsetek uczniów i studentów, którzy deklarują stosowanie prezerwatywy każdorazowo podczas stosunków waginalnych wynosi 36% i przewyższa średnią dla populacji w wieku 15-49 (23,6%) (Izdebski, 2006). Dla porównania, spośród nastolatków we Francji w czasie ostatniego stosunku seksualnego prezerwatywę stosowało 54% dziewcząt i 76% chłopców, w Polsce odsetek ten wyniósł odpowiednio 79% i 85% (Godeau i inni, 2008b; Woynarowska, Szymańska, Mazur, 2001). Popularność prezerwatywy jako metody antykoncepcyjnej potwierdzają również badania w populacji studentów. Spośród studentów badanych w regionie Provence-Alpes-Côte d'Azur (do którego należy Grenoble) 80% osób aktywnych seksualnie stosuje środki antykoncepcyjne regularnie, a 5% sięga po nie okazjonalnie. W analizowanej grupie zauważalne jest przewaga w częstotliwości stosowania pigułki antykoncepcyjnej nad prezerwatywą (Repère Santé, 2006).

Rozkład wyników przedstawionych na wykresie nr 5 i 6 pokazuje, że wciąż istnieje grupa osób, które nie używały prezerwatywy w trakcie kontaktów seksualnych podejmowanych w ciągu ostatniego roku poprzedzającego badanie. Jeśli chodzi o aktywność genitalną - jest to grupa 13% badanych studentów w Polsce i 21% studentów we Francji. W odniesieniu do aktywności genitalnej odpowiedź taką zaznaczyło odpowiednio 17% badanych Polaków i 22 % Francuzów. Dla porównania, 26,6% Polaków w wieku 15-49 lat deklaruje, że w ciągu ostatnich 12. miesięcy nie stosowało w trakcie aktywności seksualnej żadnej metody antykoncepcji. Dla grupy wiekowej 18-24 lat wskaźnik ten wynosi 16,6% (Izdebski, 2006; Woynarowska, Szymańska, Mazur, 2001). Spośród studentów w regionie Provence-Alpes-Côte d'Azur 12%

deklaruje podejmowanie aktywności seksualnej bez zabezpieczenia (Repère Santé, 2006).

Z punktu widzenia profilaktyki HIV/STD obok pytania o częstotliwość stosowania prezerwatyw, ważne jest pytanie o przyczyny rezygnacji z ich stosowania. Jest to nowe spojrzenie na zagadnienie antykoncepcji wymuszone, z jednej strony innowacjami na rynku farmaceutycznym, z drugiej zaś, przemianami obyczajowości seksualnej. Wyniki odnoszące się do motywów rezygnacji z użycia prezerwatyw wśród badanych studentów w Polsce i we Francji zostały zaprezentowane w tabeli nr 19.

Z badań wynika, że prezerwatywa jest często zamieniana na, bardziej skuteczną w kontekście zapobiegania nieplanowanej ciąży, antykoncepcję hormonalną (Lagrange, 1997b). W niniejszych badaniach odpowiedź taką zaznaczyło 9,1% Polaków i 4,1 % Francuzów. Analiza Lagrange dowodzi, że stosowanie pigułki antykoncepcyjnej zmniejsza w sposób istotny (czterokrotnie w przypadku chłopców i dziesięciokrotnie w przypadku dziewcząt) szanse na zastosowanie prezerwatywy podczas ostatniego stosunku seksualnego (Lagrange, 1997d, s.311). Takie zachowanie wyjaśnić można za pomocą tzw. modelu kompensacji ryzyka. Według niego naturalną ludzką tendencją jest dążenie do uzyskania homeostazy w zakresie poziomu ryzyka. A zatem - w sytuacji, w której istnieją technologie i środki zwiększające poczucie bezpieczeństwa (co w obszarze zachowań seksualnych dają, inne niż prezerwatywa, środki antykoncepcyjne), jednostka będzie skłonna podejmować większe ryzyko (Grzelak, 2006; Godeau i inni, 2008b).

Zmiany w obyczajowości seksualnej młodych dorosłych, szczególnie w zakresie ich postaw wobec związku, małżeństwa i rodziny sprawiły, że analiza ta musi uwzględniać również plany prokreacyjne oraz charakter relacji (aktualny i przewidywany). Rezygnacja

z prezerwatywy umotywowana planami prokreacyjnymi dotyczy 1,7% studentów z Polski (w grupie Francuzów taka odpowiedź nie padła). Poza motywem prokreacyjnym, w grę wchodzi również zaufanie do partnera związane z długością trwania związku. Kategoria „stały partner” została zaznaczona przez ogółem 4,6% respondentów (4,1% studentów z Polski i 5,1% studentów z Francji). Jak wynika z innych badań nad stosowaniem antykoncepcji, seks bez prezerwatywy może być traktowany jako manifestacja zaufania do partnera (Izdebski, 2000). Nie bez znaczenia jest tu również (często nieuzasadnione) faktyczne zaufanie do partnera, przekonanie o „bezpiecznym innym”, które Izdebki i Walendziak włączają do grupy „wymagowanych zabezpieczeń” (Izdebski, Walendzik, 2000).

Z powyższych analiz wynika, że studenci preferują prezerwatywy i pigułki antykoncepcyjne jako sposoby zabezpieczenia podczas podejmowanej aktywności seksualnej (6,8% wskazań). Kategoria „inne metody antykoncepcji”, która mogła oznaczać wybór metod naturalnych została wskazana przez czterech studentów z Polski (brak wskazań w badanej grupie studentów francuskich). W badaniu HSBC w Polsce 8,4% młodzieży szkolnej zadeklarowało używanie naturalnych metod planowania ciąży (we Francji taka opcja odpowiedzi nie została uwzględniona) (Godeau i inni, 2008a). Może to wynikać ze wzrostu wiedzy seksualnej młodych Polaków oraz z odrzucenia tradycyjnej seksualnej moralności obowiązującej w pokoleniu ich rodziców. Ciekawa jest konstatacja Bozona i Kontuli, że o ile poziom religijności ma wpływ na wiek inicjacji seksualnej, o tyle nie różnicuje w sposób istotny stosowania środków antykoncepcyjnych (Bozon, Kontula, 1997). Znajduje to potwierdzenie w niniejszych analizach. Wśród badanych studentów religia była powodem rezygnacji z użycia prezerwatywy dla 1 osoby z Polski. Koresponduje to z wynikami innych analiz dotyczących

tego obszaru seksualności. W badaniu Izdebskiego na pytanie o wady prezerwatyw spośród Polaków w wieku reprodukcyjnym jedynie 9,9% odpowiedziało, że są one niezgodne z wyznawaną przez nich religią (Izdebski, 2001). Podobny obraz wyłania się z badań Pawlin: wśród młodych głęboko religijnych osób 56,7% akceptuje używanie środków antykoncepcyjnych (Pawlina, 1998).

Pozostałe przyczyny rezygnacji z prezerwatywy wymieniane przez studentów, to: przyjemność (5% wskazań), spontaniczność (2,3% wskazań), chęć urozmaicenia życia seksualnego (1,8% odpowiedzi). Podobne motywy rezygnacji z prezerwatywy podczas aktywności seksualnej pojawiają się na gruncie innych analiz w tym obszarze. Dla przykładu - w badaniach Izdebskiego na pytanie o przyczyny niezastosowania prezerwatyw podczas ostatniego nieregularnego stosunku 57,4% respondentów uznało, że nie było takiej potrzeby, 41,3% zadeklarowało iż nie lubi tej formy antykoncepcji (Izdebski, 2001).

Z punktu widzenia profilaktyki HIV/STD's szczególnie niepokojące wydają się być dwie kategorie zaznaczanych przez studentów odpowiedzi. Z powodu braku wiary w skuteczność prezerwatywy nie używało jej 4,1% studentów z Polski i 1% studentów z Francji. Dodatkowo, najczęstszą przyczyną rezygnacji z prezerwatywy w trakcie aktywności seksualnej okazał się dla studentów brak dostępności do niej. Trudności ze zdobyciem prezerwatywy są większe w grupie studentów z Polski (9,9% w porównaniu z 3,1% wskazań wśród badanych Francuzów) (różnice istotne statystycznie). Koresponduje to z innymi analizami w tym zakresie. W badaniu na reprezentatywnej próbie Polaków 11% z nich wymienia brak dostępności prezerwatywy jako przyczynę niestosowania jej podczas ostatniego nieregularnego stosunku (Izdebski, 2001).

Dla praktyki edukacyjnej (prewencyjnej, promocyjnej) ciekawy wydaje się wynik wskazujący na różnice w popularności diagnostyki w kierunku HIV w analizowanych grupach. W niniejszych badaniach wykonanie testu na HIV było przyczyną rezygnacji z użycia prezerwatywy u 12,2% Francuzów i u niespełna 2% Polaków (różnice są istotne statystycznie). Potwierdzają to wyniki innych analiz. Na pytanie o przyczyny rezygnacji z prezerwatywy w trakcie ostatniego stosunku seksualnego około 4% kobiet we Francji (w wieku do 35 lat) podało zrobienie testu na obecność wirusa HIV, a 45% połączenie testowania z antykoncepcją hormonalną. Wśród mężczyzn rozkład procentowy wynosił odpowiednio 2,8% dla testu anti-HIV oraz około 37% dla równoczesnej antykoncepcji hormonalnej i diagnostyki w kierunku HIV (Beltzer, Bajos, 2008). W regionie Provence-Alpes-Côte d'Azur 24% osób w grupie wiekowej 15-25 lat zdecydowało się dotychczas na wykonanie testu w kierunku HIV/AIDS, co przewyższa średnią krajową dla tej grupy wiekowej (17,5%) (Repère Santé, 2006). W Polsce diagnostyka w kierunku obecności wirusa HIV nie cieszy się takim powodzeniem. Z badań Izdebskiego wynika, że test na obecność wirusa HIV ma za sobą ogółem 6,2 % Polaków (w wieku 15-49) (Izdebski, 2006). Taki rozkład wyników może być dowodem na dużą dostępność we Francji ośrodków zajmujących się diagnozą i poradnictwem w zakresie HIV/AIDS. Dodatkowo, jak wynika z badań, społeczeństwo jest w tym zakresie dobrze wyedukowane. Postawy Francuzów obrazuje fakt, że aż 25% populacji w wieku 17-18 lat widzi potrzebę wprowadzenia obowiązkowych testów w kierunku HIV (Calvez, 1997, s. 337).

przyczyny podejmowania zachowań seksualnych bez prezerwatywy		kraj pochodzenia		Ogółem	istotność
		Polska	Francja		
brak dostępności prezerwatywy	Liczebność	12	3	15	p<0,05
	% odpowiedzi	9,9%	3,1%	6,8%	
antykontracepcja hormonalna	Liczebność	11	4	15	ni.
	% odpowiedzi	9,1%	4,1%	6,8%	
inne metody antykontracepcji	Liczebność	4	0	4	ni.
	% odpowiedzi	3,3%	0%	1,8%	
stały partner	Liczebność	5	5	10	ni.
	% odpowiedzi	4,1%	5,1%	4,6%	
test na HIV	Liczebność	2	12	14	p<0,05
	% odpowiedzi	1,7%	12,2%	6,4%	
spontaniczność	Liczebność	4	1	5	ni.
	% odpowiedzi	3,3%	1%	2,3%	
przyjemność	Liczebność	9	2	11	ni.
	% odpowiedzi	7,4%	2%	5%	
religia	Liczebność	1	0	1	ni.
	% odpowiedzi	0,8%	0	0,5%	
nieskuteczność	Liczebność	5	1	6	ni.
	% odpowiedzi	4,1%	1%	2,7%	
wygoda	Liczebność	1	0	1	ni.
	% odpowiedzi	0,8%	0	0,5	
planowanie ciąży	Liczebność	2	0	2	ni.
	% odpowiedzi	1,7%	0	0,9%	
urozmaicenie	Liczebność	3	1	4	ni.
	% odpowiedzi	2,5%	1%	1,8%	

Tabela 19. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytania o przyczyny podejmowania aktywności seksualnej bez prezerwatywy wśród studentów w Polsce i we Francji (źródło: opracowanie własne).

4.2.3. Wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem

Programy badawcze i profilaktyczne oparte na koncepcji zdrowia seksualnego coraz częściej skupiają się na aktywności seksualnej podejmowanej pod wpływem różnego rodzaju przemocy. Przedmiotem zainteresowania są nie tylko tradycyjnie identyfikowane jako przemoc seksualna stosunki seksualne bez zgody partnera, ale także dotyk czy zmuszanie do oglądania dzieł o tematyce pornograficznej, rozpowszechnianie tego typu nagrań z udziałem osoby poszkodowanej. Rezultaty uzyskane w populacji studentów przez Waszyńską są w tym względzie niepokojące: studenci podejmują zachowania seksualne z użyciem przemocy a ich częstotliwość wynosi średnio 0,21 w sytuacji gdy respondent doświadczał przemocy i presji oraz 0,18 gdy sam takich zachowań się dopuszczał (przedział teoretyczny zmiennej: 0-4) (Waszyńska, 2003). Przemoc seksualna dotyczy również młodszych grup wiekowych. Z badań Izdebskiego wynika, że co trzeci nastolatek jest zmuszany do zachowań seksualnych wbrew jego woli, w tym 16% do kontaktów wzrokowych i dotykowych o charakterze seksualnym, 18% do różnych form kontaktów seksualnych, w tym stosunku. Aż 12% uczniów 18-letnich stosuje przemoc seksualną w postaci zmuszania innych do kontaktów wzrokowych i dotykowych (14% chłopców i 3% dziewcząt) oraz do różnych form kontaktów seksualnych (w tym stosunków)(7% chłopców i 1% dziewcząt) (Izdebski, 2010). Wśród Francuzów z wyższym poziomem wykształcenia (i w trakcie studiów) w wieku 18-34 prawie 16% kobiet i 3,5% deklaruje doświadczenie przemocy seksualnej w postaci uczestnictwa w rozmowach wysyconych pornografią, 14,5% kobiet i 3,5% doświadczyło dotyku, pieszczot bez własnej zgody, a 6,7% kobiet i 1,3% mężczyzn ma w swej biografii

stosunek seksualny pod wpływem przemocy (Bajos, Bozon, 2008b, s.387).

Wciąż obecna asymetria w społecznej percepcji życia seksualnego i emocjonalnego obu płci i głęboko zakorzenione stereotypowe postrzeganie roli kobiecej i męskiej mają swoje odzwierciedlenie w statystykach dotyczących relacji przemocowych. Na to nakładają się indywidualne wyobrażenia i skrypty zachowań odnoszące się do oczekiwań i potrzeb własnych oraz partnera (Ferrand, Bajos, Andro, 2008, s. 359). Wszystkie te elementy mają znaczenie dla zachowań w diadzie rozpatrywanych pod kątem istnienia przemocy oraz partnerstwa i odpowiedzialności. Z perspektywy niniejszych analiz istotne jest pytanie o rozkład zmiennej aktywność seksualna studentów w Polsce i we Francji w zakresie wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem. Jest to zmienna definiowana jako poziom wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego:

- wolność od wszelkich form przemocy seksualnej (przymus, nadużycia, wykorzystanie stosunku zależności),
- zdolność do nawiązania równych relacji partnerskich,
- zdolność do nawiązania odpowiedzialnych relacji partnerskich (WHO, 2001, s.7; Sadovsky, Nusbaum, 2006).

Analiza rezultatów zamieszczonych w tabeli nr 20 pozwala stwierdzić, że poziom wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej wyniósł 5,17.

zmienna	N	Min	Maks.	Mediana	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
wypełnienie kryteriów zdrowia seksualnego	168	3,33	6,00	5,33	5,17	,64	-,92	,27

Tabela 20. Wypełnienie kryteriów zdrowia seksualnego przez studentów (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

Dodatkowo, w celu opisu badanej próby na podstawie mediany zostały ustalone przedziały wskazujące na wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej:

- niskie wysokie.

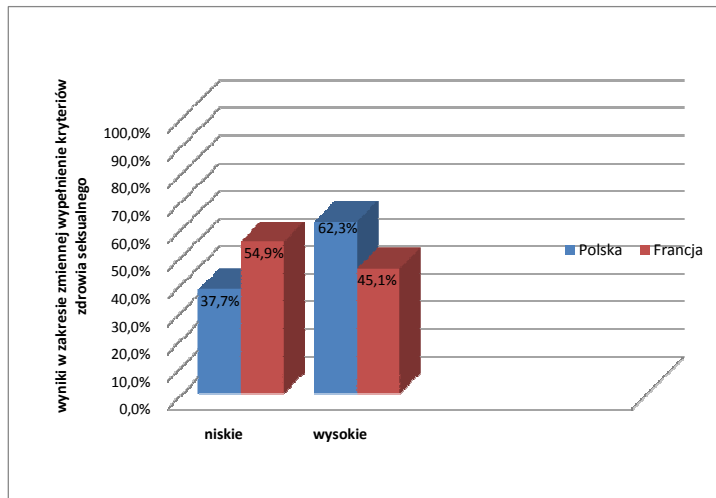
Analiza poziomu wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem pozwala zauważyć, że wysokie wyniki w zakresie tej zmiennej dotyczą łącznie 53% studentów (52,3% studentów w Polsce i 45,1% studentów we Francji). Niskie wyniki w zakresie zmiennej wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem otrzymano w przypadku 47% badanych (odpowiednio 37,7% badanych w Polsce i 54,9% we Francji). W tym zakresie widać różnice między populacją badanych studentów w Polsce i we Francji. Różnice między analizowanymi grupami są istotne statystycznie (Chi^2 (df=1, N = 168) = 5,00; $p < 0,05$). Szczegółowy procentowy rozkład wyników prezentuje tabela nr 21 oraz wykres 7:

Wyniki w zakresie wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego	Liczebność grupy	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Niskie	79	36,1	47,0	47,0
Wysokie	89	40,6	53,0	100,0
Ogółem	168	76,7	100,0	
Brak danych	51	23,3		
Ogółem	219	100,0		

Tabela 21. Wypełnienie kryteriów zdrowia seksualnego przez studentów (liczebność grup) (źródło: opracowanie własne).

Otrzymane rezultaty są istotne w kontekście projektowania i realizacji programów zdrowia seksualnego. Różnice w populacji studentów z Polski i Francji tłumaczyć można odmiennymi dla obu grup

kontekstami społeczno-kulturowymi i edukacyjnymi, co zostanie rozszerzone w kolejnych podrozdziałach.



Wykres 7. Niskie i wysokie wyniki w zakresie zmiennej wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego przez studentów w Polsce i we Francji ($p < 0.05$) (źródło: opracowanie własne).

4.3. POSTAWY STUDENTÓW W POLSCE I WE FRANCJI WOBEC ZDROWIA SEKSULANEGO

W niniejszej rozprawie postawy są analizowane zgodnie z przyjętym w psychologii nurtem strukturalnym, którego przedstawiciele podkreślają obecność komponentu emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego postaw (Mądrzycki, 1977; Mika, 1981; Nowak, 1973, 2000; Pluta, 2002). Postawa jest tutaj rozumiana jako ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania określonego przedmiotu oraz do wartościowania go. Tym względnie trwałym dyspozycjom emocjonalno-oceniającym towarzyszą przekonania o naturze tego przedmiotu oraz

określone dyspozycje do zachowania się wobec niego (Nowak,1973, 2000; Pluta, 2002).Przedmiotem postawy może być drugi człowiek, diada, grupa społeczna, instytucja, określone zachowanie, sytuacja, system wartości. W niniejszej pracy przedmiotem postawy jest zdrowie seksualne. Zdrowie seksualne zgodnie z definicją WHO polega na:

- zdolności do zdobywania bezpiecznych doświadczeń seksualnych,
- zdrowym rozwoju seksualnym, wolności od chorób i niepełnosprawności w sferze seksualnej,
- zdolności do zdobywania satysfakcjonujących doświadczeń seksualnych,
- wolności od wszelkich form przemocy seksualnej i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością,
- zdolności do nawiązania równych relacji partnerskich,
- zdolności do nawiązania odpowiedzialnych relacji partnerskich (WHO, 2001; Carr, 2004).

W analizie postaw wobec zdrowia seksualnego zdecydowano się na obliczenie dwóch rodzajów wyników: wyniku dla postawy analizowanej całościowo oraz wyniku wskazującego na natężenie poszczególnych komponentów postawy. Wynik całościowy wykorzystany jako predyktor w analizie regresji wielokrotnej został obliczony przez uśrednienie wyników trzech komponentów składających się na postawę. Następnie odniesiono wynik do mediany, co pozwoliło na wyodrębnienie dwóch przedziałów wartości zmiennej postawa wobec zdrowia seksualnego:

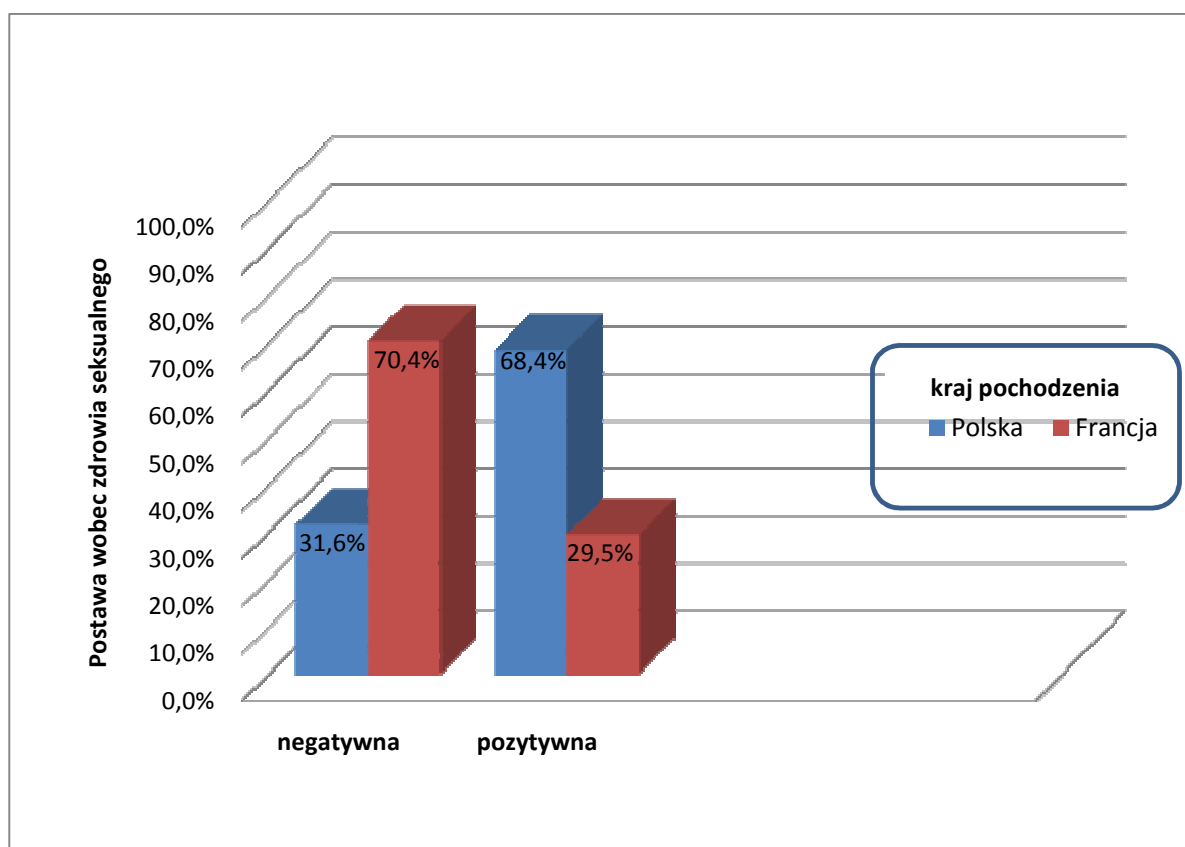
- pozytywna
- negatywna

W zakresie wyniku ogólnego postawy wobec zdrowia seksualnego nieznacznie przeważa postawa pozytywna pojawiająca się łącznie

w 50,7% przypadków (68,7% przypadków w Polsce i 29,5% przypadków we Francji). Wyniki prezentujące całościowo analizowaną postawę wobec zdrowia seksualnego wśród studentów przedstawia tabela nr 22.

Postawa	Liczebność grupy	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
negatywna	106	48,4	49,3	49,3
pozytywna	109	49,8	50,7	100,0
Ogółem	215	98,2	100,0	
Brak danych	4	1,8		
Ogółem	219	100,0		

Tabela 22. Postawy wobec zdrowia seksualnego studentów (liczebności grup) (źródło: opracowanie własne).



Wykres 8. Postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji (źródło: opracowanie własne).

Jak wynika wykresu nr 8, studenci w badanej próbie przejawiają zróżnicowane postawy wobec zdrowia seksualnego. Okazuje się, że studentów we Francji częściej charakteryzują postawy negatywne (70,4% w odniesieniu do 31,6% studentów przejawiających postawę negatywną w Polsce). Zobrazowane na wykresie nr 8 różnice między analizowanymi grupami są istotne statystycznie ($\chi^2(df=1, N=215)=2,09$; $p<0,05$).

Uzyskane różnice w grupie badanych studentów z Polski i z Francji tłumaczyć można odmiennymi dla obu grup kontekstami, co zostanie rozszerzone w dalszej części pracy. Ogólnie rzecz biorąc, rezultaty w zakresie postawy wobec zdrowia seksualnego mierzonej całościowo trudno zestawić z innymi badaniami. W literaturze przedmiotu spotkać można odniesienie do postaw rozpatrywanych na bardziej ogólnym poziomie (np. postawy wobec seksualności, wobec HIV) lub odnoszących się do uszczegółowionych aspektów życia seksualnego (np. postawy wobec stosowania prezerwatyw). Niemniej jednak ciekawe wydaje się zestawienie uzyskanych wyników z rezultatami badań przeprowadzonych przez CBOS dotyczącymi postaw młodych Polaków wobec seksu. Jak się okazuje postawy te są zróżnicowane, ale można je uporządkować w następujące kategorie:

- postawa otwarta – postawa przejawiana przez około 50% badanych, polega na pozytywnym stosunku do sfery seksualnej i zainteresowaniu tematyką seksualną. Odzwierciedleniem tej postawy są liberalne poglądy na temat inicjacji seksualnej czy pornografii. Przejawia się ona - choć w mniejszym stopniu - w zachowaniach. Osoby te w większości mają za sobą inicjację seksualną i są aktywne seksualnie, a miłość uznają za wystarczający motyw podjęcia współżycia,

- postawa zamknięta – postawa przejawiana przez około 30% badanych przez CBOS nastolatków. Związana jest z niewielkim zainteresowaniem sprawami seksu, który postrzegany jest przez pryzmat moralności i norm etyki katolickiej. Postawa ta wiąże się z akceptacją katolickiego modelu małżeństwa i rodziny i percepcją aktywności seksualnej przez pryzmat jej prokreacyjnej funkcji. O rygoryzmie osób przejawiających tę postawę świadczy silnie negatywnie nacechowane podejście wobec rozwodów i zabiegów przerywania ciąży,
- postawa ambiwalentna – postawę taką prezentują osoby, które wobec pewnych aspektów seksualności (kwestie związane z edukacją seksualną, pornografią) wykazują się otwartością, wobec innych zaś (komponent behawioralny) rygoryzmem i nietolerancją. Pojawia się ona wśród badanych nastolatków najrzadziej (CBOS, 1988, za: Moczuk, 2004).

4.3.1. Komponent poznawczy postaw studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego

W celu szczegółowego opisu postaw studentów wobec zdrowia seksualnego, w oparciu o dokonaną operacjonalizację pojęcia postawa wobec zdrowia seksualnego, zostały wyodrębnione jej komponenty oraz ich wskaźniki. Komponent poznawczy postawy stanowią wiedza i przekonania jednostki o przedmiocie postawy (Marody, 1976; Jeżowski, 2007). Pytanie badawcze dotyczące opisu komponentu poznawczego postawy brzmiało: jakie są postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji w zakresie komponentu poznawczego?

W badaniu uwaga została zogniskowana na wiedzy rozumianej jako stopień poinformowania respondentów o faktach związanych ze zdrowiem seksualnym. Analiza poziomu wiedzy w konkretnej dziedzinie powinna być punktem wyjścia do tworzenia oraz ewentualnej modyfikacji

programów edukacyjnych i profilaktycznych. Stąd też tak istotne jest poznanie poziomu wiedzy na temat seksualności. W celu określenia poziomu wiedzy studentów zadano im pytania odwołujące się do kryteriów zdrowia seksualnego oraz do praw zawartych w Deklaracji Praw Seksualnych (Lew-Starowicz, 2007). Podobne kryterium oceny poziomu wiedzy na temat zdrowia seksualnego zastosowano w „*Sexual Health Knowledge Scale*” autorstwa Coleman i Testy (Coleman, Testa, 2008). Drugą grupę stanowiło 8 pytań dotyczących sposobów zabezpieczenia się przed HIV/AIDS. Grupa tych pytań została zastosowana z uwagi na fakt, że znajomość dróg transmisji wirusa HIV jest podstawową wiedzą z zakresu zdrowia seksualnego (Lew-Starowicz, 2007). Studentom zadano pytania, które służą do obliczania rekomendowanych przez WHO/UNAIDS wskaźników mierzących wiedzę o HIV/AIDS. Posłużyły one Izdebskiemu (2006) do analiz przeprowadzanych na reprezentatywnej próbie Polaków w wieku 15-49 lat. Na ich podstawie obliczono wskaźnik WHOPI1. Dodatkowo, odpowiedzi ocenione zostały według następującego klucza: odpowiedź poprawna - 1 punkt, odpowiedź błędna/odpowiedź „nie wiem” (a także „nie słyszałem(a)m o HIV/AIDS) - 0 punktów. Wyniki w zakresie komponentu poznawczego postawy wobec zdrowia seksualnego przedstawia tabela nr 23. Wynika z niej, że średnia w zakresie komponentu poznawczego postawy w badanej próbie wyniosła 13,22.

zmienna	N	Min	Maks.	Mediana	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
Komponent poznawczy	219	6,00	18,00	13	13,22	2,07	-,35	,42

Tabela 23. Komponent poznawczy postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

Dodatkowo w celu opisu badanej próby na podstawie mediany zostały ustalone przedziały natężenia poziomu zmiennej szczegółowej, która może przyjmować następujące wartości:

- niskie
- wysokie

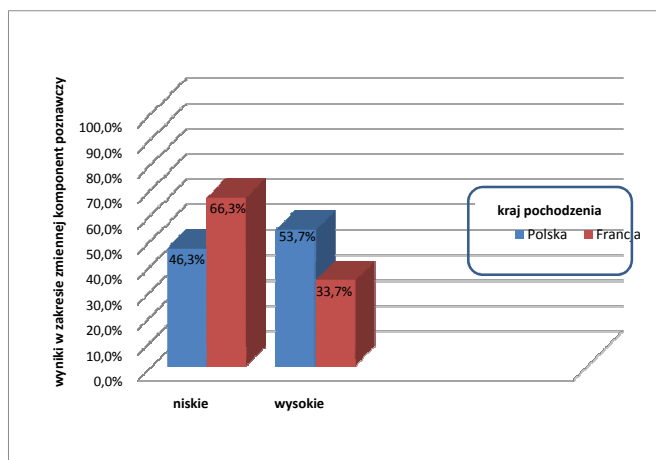
Analiza wyników w zakresie komponentu poznawczego postawy wobec zdrowia seksualnego pozwala zauważyć, że wysokie wyniki dotyczą łącznie 44,7% studentów (57,73% studentów w Polsce i 33,7% studentów we Francji). Niskie wyniki w zakresie komponentu poznawczego postawy wobec zdrowia seksualnego otrzymano w przypadku 55,3% badanych (odpowiednio 46,3% badanych w Polsce i 66,3% we Francji). W tym zakresie widać różnice między populacją badanych studentów w Polsce i we Francji. Różnice między analizowanymi grupami są istotne statystycznie (Chi^2 (df=1, N = 168) = 5,00; $p < 0,05$). Szczegółowy procentowy rozkład wyników przedstawia tabela nr 24 oraz wykres nr 9.

Wyniki w zakresie zmiennej komponent poznawczy postawy	Liczebność grupy	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
niskie	121	55,3	55,3	55,3
wysokie	98	44,7	44,7	100,0
ogółem	219	100,0	100,0	

Tabela 24. Komponent poznawczy postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (liczebności grup) (źródło: opracowanie własne).

Jak wynika z wykresu nr 9, studentów charakteryzują różne wyniki w zakresie komponentu poznawczego postawy wobec zdrowia seksualnego ze względu na kraj pochodzenia (Chi^2 (df=1, N=219)= 8,80;

$p < 0,05$). Różnice te znajdują odzwierciedlenie w analizach szczegółowych dotyczących tego komponentu.



Wykres 9. Niskie i wysokie wyniki w zakresie komponentu poznawczego postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji (źródło: opracowanie własne).

W analizie komponentu poznawczego postawy wobec zdrowia seksualnego studentom zadano pytania, które umożliwiły określenie wartości wskaźnika WHO PI1. Stosowany w badaniach z zakresu profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową wskaźnik pozwala w sposób syntetyczny ocenić poziom wiedzy respondentów o HIV/AIDS. Bierze on pod uwagę drogi zakażenia wirusem HIV, a tym samym efektywne sposoby zapobiegania mu, tj. stosowanie czystych igieł i strzykawek, stosowanie prezerwatywy, współżycie tylko z jednym i wiernym partnerem (Izdebski, 2006). Wartość wskaźnika uzyskuje się dzieląc liczbę osób wymieniających przynajmniej dwa skuteczne sposoby zabezpieczenia przez pełną liczbę osób badanych. Może on

przyjmować wartość 0 - 1. Rezultaty badań zaprezentowano w tabeli nr 26.

kraj pochodzenia	wartość wskaźnika WHO PI 1
Polska	0,97
Francja	0,95

Tabela 25. Wartość wskaźnika WHO PI 1 wśród studentów w Polsce i we Francji (źródło: opracowanie własne).

Jak wynika z powyższej tabeli, wartość wskaźnika WHO PI1 jest nieznacznie wyższa wśród badanych studentów polskich (0,97). Wśród badanych studentów francuskich wskaźnik WHO PI1 wyniósł 0,95. Szczegółowy rozkład poprawnych odpowiedzi na pytania brane pod uwagę przy obliczaniu wskaźnika WHO PI1 przedstawia tabela nr 27.

wiedza	kraj pochodzenia	N	% poprawnych odpowiedzi
wiedza o sposobach zabezpieczenia się przed HIV/AIDS (pozycja b: ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS jeśli będą współżyli z jednym wiernym partnerem)	Polska	121	79
	Francja	98	59
wiedza o sposobach zabezpieczenia się przed HIV/AIDS (pozycja d: ludzie mogą zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV/AIDS jeśli będą używać prezerwatyw podczas stosunków płciowych)	Polska	121	94
	Francja	98	95
wiedza o sposobach zabezpieczenia się przed HIV/AIDS (pozycja h: ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS, jeśli będą upewniać się, że każdy zastrzyk, jaki dostają jest wykonany czystą igłą)	Polska	121	94
	Francja	98	95

Tabela 26. Procentowy rozkład poprawnych odpowiedzi na pytania o efektywne sposoby zabezpieczenia się przed HIV/AIDS w zależności od kraju pochodzenia. (źródło: opracowanie własne).

Powyższe rezultaty można odnieść do innych analiz poziomu wiedzy o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym. Badania Trawińskiej nad realizacją edukacji seksualnej w szkole opublikowane w tzw. Małym Raporcie dowodzą niskiego poziomu wiedzy młodzieży o seksualności. Poziom ten jest zróżnicowany środowiskowo i indywidualnie, także w zależności od podejmowanych obszarów tematycznych (własna płciowość, płciowość partnera/ki, regulacje prawne z zakresie seksualności, ekspresja płci w różnych rolach społecznych) (Trawińska, 1998). Przeprowadzone przez Woynarowską badania poziomu wiedzy uczniów również ukazują liczne niedostatki w tym obszarze (istniały pytania, na które udzielono poniżej 44% prawidłowych odpowiedzi). Należy uwzględnić fakt, że zarówno Woynarowska, jak i Trawińska badały odpowiedzi uczniów różnych typów szkół. Dla populacji w wieku reprodukcyjnym w Polsce wiedza o efektywnych sposobach zabezpieczenia przed HIV/AIDS jest relatywnie wysoka. Wskaźnik WHO PI wyniósł w 2005 roku 0,95 (i wykazuje tendencję wzrostową w porównaniu z rokiem 1997 i 2001) (Izdebski, 2006).

Analiza wiedzy o drogach transmisji wirusa HIV została przeprowadzona również w populacji młodzieży francuskiej w ramach badania ACSJ w 1997 roku. Wyniki porównano z ogólnokrajową ankietą KAPB z 1994 roku. Porównanie obu analiz pozwala zauważyć niewielki przyrost wiedzy w tym zakresie na przestrzeni lat. O ile w 1994 roku 98,8% młodych Francuzów wskazywało kontakty seksualne jako drogę transmisji wirusa HIV, o tyle w badaniu ACSJ taką odpowiedź zaznaczyło 99,6% respondentów. Iniekcja użytą wcześniej igłą jest wskazywana jako wrota wniknięcia wirusa HIV odpowiednio przez 96,6% respondentów w 1994 roku i 98,5% w 1997 roku (Calvez, 1997, s. 325). W ankiecie ACSJ podliczono również ogólny wskaźnik wiedzy na temat HIV/AIDS. Wskaźnik mogący przyjąć wartość 0-7 został obliczony

poprzez sumowanie prawidłowych odpowiedzi na temat wymienionych 7 dróg transmisji wirusa HIV. W odróżnieniu od najnowszej metodologii WHO przyjętej w niniejszym opracowaniu jako poprawną uznano odpowiedź dotyczącą zagrożenia w trakcie transfuzji krwi (jak też pobierania krwi). Poza tym uwzględniono również pytania dotyczące możliwości zakażenia w trakcie hospitalizacji w tym samym ośrodku, co osoba seropozytywna. Średni wynik wyniósł 5,84 dla dziewcząt i 6,07 dla chłopców (Calvez, 1997, s. 328). Najlepszy wynik dotyczył (bez względu na grupę) możliwości zakażenia HIV w trakcie stosunku seksualnego, co ze względu na kierunek i treść przekazu prewencyjnego nie powinno budzić zaskoczenia.

W analizie wiedzy o seksualności człowieka niezwykle ciekawe wydaje się poznanie jej źródeł. W niniejszych badaniach studentom zadano ogólne pytanie o źródła ich wiedzy o seksualności. Respondenci mogli zaznaczyć kilka z podanych 11 kategorii (matka, ojciec, inny członek rodziny, partner/ka, znajomy/przyjaciół, media, literatura i prasa fachowa, literatura i prasa popularnonaukowa, nauczyciel, ksiądz, lekarz) oraz dopisać własne propozycje. Wyniki zaprezentowane zostały w tabeli nr 27.

Wśród wyróżnionych w kwestionariuszu kategorii znaleźli się członkowie rodziny. Rodzina zajmuje szczególnie istotne miejsce wśród innych źródeł socjalizacji. Siła wpływu tego środowiska wyznaczona jest tym, że stanowi ono pierwszy czynnik socjalizacji (...), przez szereg lat pozostaje czynnikiem jedynym oraz że jego oddziaływanie natrafiają na ogromną plastyczność psychiki dziecka (Chomczyńska-Miliszkievicz, 2002, s. 110).

źródło wiedzy o seksualności		kraj pochodzenia		Ogółem	Chi ²
		Polska	Francja		
matka	Liczebność	42	18	60	7,27*
	% odpowiedzi	34,7%	18,4%	27,4%	
ojciec	Liczebność	10	3	13	2,63
	% odpowiedzi	8,3%	3,1%	5,9%	
inny członek rodziny	Liczebność	12	11	23	,098
	% odpowiedzi	9,9%	11,2%	10,5%	
partner, partnerka	Liczebność	57	49	106	,018
	% odpowiedzi	47,1%	50,0%	48,4%	
znajomy, przyjaciel	Liczebność	71	68	139	2,68
	% odpowiedzi	58,7%	69,4%	63,5%	
media	Liczebność	87	43	130	17,63*
	% odpowiedzi	71,9%	43,9%	59,4%	
literatura i prasa fachowa	Liczebność	62	11	73	39,02*
	% odpowiedzi	51,2%	11,2%	33,3%	
literatura i prasa popularnonaukowa	Liczebność	69	15	84	39,86*
	% odpowiedzi	57,0%	15,3%	38,4%	
książki	Liczebność	6	2	8	1,31
	% odpowiedzi	5,0%	2,0%	3,7%	
nauczyciel	Liczebność	14	4	18	4,03 *
	% odpowiedzi	11,6%	4,1%	8,2%	
lekarz	Liczebność	64	44	108	1,39
	% odpowiedzi	52,9%	44,9%	49,3%	
inni specjaliści służby zdrowia	Liczebność	0	2	2	2,49
	% odpowiedzi	,0%	2,0%	,9%	
wykłady	Liczebność	1	0	1	,81
	% odpowiedzi	,8%	,0%	,5%	
biblioteka MFPF	Liczebność	0	1	1	1,24
	% odpowiedzi	,0%	1,0%	,5%	
Centre du Planning Familial	Liczebność	0	3	1	3,76
	% odpowiedzi	,0%	3,1%	1,4%	

Tabela 27. Źródła wiedzy o seksualności w grupie studentów w Polsce i we Francji (pogrubiono różnice istotne statystycznie na poziomie * $p < 0,05$) (źródło: opracowanie własne).

Socjalizacja w rodzinie odbywa się w ramach mniej lub bardziej świadomych oddziaływań. Jednym z obszarów, w którym wpływy świadome i nieświadome przeplatają się jest proces dostarczania wiedzy na temat seksualności, czyli uświadamianie seksualne. Równolegle realizowane jest wychowanie seksualne obejmujące zarówno przekazywanie wiadomości, jak i kształtowanie sfery postaw, emocji i wartości. Wspólnym celem obu tych procesów, a więc wychowania i uświadamiania seksualnego jest ukształtowanie osoby zdrowej seksualnie (Obuchowska, Jaczewski, 2002). Mimo istnienia innych źródeł socjalizacji w tym zakresie, rola rodziców jest nie do przecenienia, gdyż na nich spoczywa odpowiedzialność za dostarczenie dzieciom wiedzy, dzięki której będą mogły w przyszłości korzystać z przysługujących im praw reprodukcyjnych i prawa do zdrowia (Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, 1997, s.24). Uświadamianie seksualne w rodzinie spełnia cztery podstawowe funkcje. Po pierwsze jest to funkcja informacyjna, w ramach której rodzice mogą wyjść poza obszar tabu seksualnego i przekazać dziecku rzetelną, dostosowaną do jego wieku i zdolności percepcyjnych wiedzę. Druga funkcja - konfrontacyjna - daje dziecku możliwość porównania wiedzy zdobytej za pośrednictwem różnych źródeł socjalizacji. Trzecią funkcją jest funkcja więziotwórcza, ostatnią zaś funkcja wsparcia. Uświadamianie działa wspierająco w sytuacjach, które względu na nowość, nagłość czy niezrozumiałość są oceniane przez dziecko jako przerastające jego możliwości radzenia sobie (Beisert, 1991).

W literaturze przedmiotu znaleźć można badania poświęcone różnym aspektom rodzinnej edukacji seksualnej. Rozkład odpowiedzi studentów i żołnierzy w badaniach Jaczewskiego pozwala na wysunięcie wniosku o dominacji matek jako kategorii osób biorących udział w

uświadamianiu seksualnym (Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994). Porównanie tego z rezultatami niniejszych analiz sygnalizuje osłabienie roli matek jako autorytetów w tym obszarze. Matki wybrane w sumie przez 17,4% studentów stanowią ważniejsze źródło informacji dla studentów w Polsce (34,7% wskazań) niż dla studentów we Francji. (jedynie 18,4% studentów francuskich zaznaczyło matkę jako źródło informacji o seksualności) ($p < 0,05$). Różnice w odwołaniu się do matek jako źródeł informacji o seksualności może wynikać z odmiennego dla obu krajów kontekstu społeczno-kulturowego. Jak zauważa Bozon, w krajach gdzie religia katolicka odgrywa znaczącą rolę (a do takich należy Polska) edukacja rodzinna dominuje nad gorzej tolerowaną edukacją seksualną w szkole (Bozon, 2009). Wpływ na to mogą mieć również inne czynniki społeczno-ekonomiczne, na przykład tradycyjnie pojmowana rola matki w wychowaniu czy długość zamieszkiwania młodych osób w domu rodzinnym. Ostatni wskaźnik różni się w sposób istotny w analizowanych grupach. Średni wiek opuszczenia domu rodzinnego we Francji wynosi 23,6 lat, w Polsce natomiast 29 lat (Wróblewska, 2007; Youth in Europe, 2010). Wspólne zamieszkiwanie z rodzicami może mieć wpływ na odwoływanie się do nich w zakresie uświadamiania seksualnego ze względu na charakter więzi, jak również dostępność tego źródła informacji.

Rolę matek w uświadamianiu seksualnym należy uwypuklić przy symbolicznym wręcz udziale ojców (5,9% wskazań) i innych członków rodziny (10,5% wskazań). Uzyskane rezultaty są porównywalne z danymi na temat uświadamiania polskich nastolatków, dla których ojciec stanowi rzeczywiste źródło informacji jedynie w 6% przypadków (Wojnarowska, Szymańska, Mazur, 1999). Wyniki te są jeszcze ciekawsze przy zestawieniu ich z preferowanymi przez nastolatków i studentów podmiotami uświadamiającymi (24% nastolatków i 73,9%

studentów deklaruje chęć otrzymywania informacji o HIV/AIDS od ojca) (Wojnarowska, Szymańska, Mazur, 1999; Komosińska, Małkowska-Szkutnik, 2008). Uwidacznia to potrzebę skupienia się na możliwych przyczynach i sposobach zmiany tego stanu rzeczy.

Niewielką rangę członków rodziny jako źródła uświadomienia seksualnego tłumaczyć można systematycznym osłabianiem zależności pionowych na koszt rówieśników (Wróblewska, 2001; Melosik, 2010), co zresztą potwierdzają wyniki niniejszych analiz. Dodatkowo, w literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na liczne przeszkody dla efektywnej edukacji seksualnej w środowisku rodzinnym. Można je pogrupować na czynniki obyczajowe i merytoryczne. Duże znaczenie ma tu ubóstwo języka w dziedzinie erotyki i brak połączeń między terminologią naukową, a językiem potocznym (Beisert, 1991). Na to nakłada się brak odpowiedniego słownictwa rodziców wynikający z wpływów kulturowych, ideologizacji, trudności w komunikacji międzypokoleniowej, niskiego poziomu wykształcenia. Problemem w rodzinnej edukacji seksualnej staje się wielokrotnie tabu seksualne (językowe, międzypokoleniowe, odrębnej płci) rozumiane jako zakaz zajmowania się tą dziedziną życia (Beisert, 1991; Chomczyńska-Miliszkievicz, 2001).

Z licznych analiz w tym zakresie wyłania się obraz możliwych niedoskonałości rodzicielskiej edukacji seksualnej. Z jednej strony wskazuje się na niepełną lub niewłaściwą domową edukację seksualną, z drugiej - na potrzebę instytucjonalnego wsparcia rodziny w tym procesie (Beisert, 1991). Zapotrzebowanie na szkolną edukację seksualną wykazuje tendencję do wzrostu. Z 88% Polaków popierających zajęcia z wychowania seksualnego w 1997 roku odsetek ten zwiększył się w 2001 roku do 91% a w 2005 roku do 92% (Izdebski, 2006). Szkoła może pełnić funkcję neutralizującą lub komplementarną w odniesieniu do rodzicielskiej edukacji seksualnej, przy czym jej rola nie

musi ograniczać się do realizacji celów edukacji seksualnej wobec uczniów. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, aby w sytuacji deficytu informacyjnego podejmować w szkole edukację prorodzinną i seksualną równoległe wobec rodziców i dzieci. W celu wzmacniania kompetencji rodzicielskich działalność taka jest podejmowana w wielu systemach oświatowych (np. w Szwecji) w ramach specjalistycznych programów edukacyjnych.

Rola szkoły w zakresie oddziaływania na uczniów wydaje się być nie do przecenienia. Uwzględnić należy ilość czasu, w którym uczniowie poddawani są w jej murach socjalizacyjnym wpływom oraz charakter szkoły jako instytucji, który Chomczyńska-Miliszkievicz nazywa <totalitarnym i monopolizującym> (Chomczyńska-Miliszkievicz, 2002, s.154). Znaczenie szkoły wzrasta ze względu na podatność uczniów (u których percepcja i ocena rzeczywistości charakteryzuje się jeszcze niską dojrzałością) na wpływy innych, niekontrolowanych agend socjalizacji. Wychodząc naprzeciw wymaganiom współczesności, edukacja seksualna powinna zmierzać do kształtowania wiedzy i umiejętności będących narzędziami adaptacji seksualności do kontekstu społecznego i kulturowego. We Francji postuluje się popularyzację modelu „*éducation sexualisée*”, którego celem jest integracja seksualności ze wszystkimi poziomami życia codziennego, co jest niezbędnym elementem osobowego rozwoju i emancypacji (Casçalès, 2002, s. 13).

Mimo znaczącej roli, jaką przypisuje się instytucjonalnej edukacji seksualnej, nie zawsze jest ona realizowana zgodnie z zamierzeniami (por. Staszewicz, 2004). Podstawy do refleksji daje rozkład studenckich odpowiedzi o źródła informacji o seksualności. Jedynie 8,2% respondentów wymieniło nauczyciela jako źródło informacji o seksualności. Warto zauważyć, że jest to źródło

uświadczenia powszechniejsze w Polsce niż we Francji (odpowiednio 11,6% i 4,1% wskazań). Wynik ten tłumaczyć można mniejszą ilością godzin przeznaczonych na zajęcia z edukacji seksualnej w szkołach francuskich (Circulaire Ministérielle du 17 février, 2003). Z drugiej strony, w populacji francuskiej zaznaczony został udział organizacji i stowarzyszeń w uświadczeniu seksualnym, które w założeniu ustawy powinny wspierać edukację instytucjonalną. Z ankiety wynika, że 3,1% badanych studentów francuskich czerpie wiedzę o seksualności z Centrów Planowania Rodziny (Centres du Planning Familial), natomiast 1% z bibliotek pozarządowego stowarzyszenia Mouvement Français pour le Planning Familial (w badaniu w populacji francuskiej w wieku 18-24 PF został zaznaczony przez 19% dziewcząt i 8,7% chłopców) (Bozon, 2008). W Polsce niską popularność instytucjonalnego uświadczenia seksualnego potwierdzają wyniki ankiety przeprowadzonej wśród studentów i żołnierzy w badaniach Jaczewskiego. Na pytanie „skąd się biorą dzieci” odpowiedź od nauczyciela szkolnego otrzymało 5,1% badanych, od nauczyciela wychowania przedszkolnego 1,5% (Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994). Może to wynikać z faktycznego stanu realizacji edukacji seksualnej w polskich szkołach. Tylko 34% badanych przez Izdebskiego respondentów potwierdziło fakt realizacji w szkole zajęć z przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie”, na których poruszane były zagadnienia na temat seksualności (Izdebski, 2006). Wśród uczniów szkół średnich ten odsetek był większy (54,9%), co ma może mieć związek z przemianami edukacji seksualnej w polskiej szkole na przestrzeni ostatnich lat. Ciekawe w tym kontekście wydają się wyniki ankiety przeprowadzonej wśród studentów, którzy jako źródło większości informacji o HIV/AIDS wymieniają ,zaraz po telewizji, nauczycieli

(33% wskazań) (Komosińska, Małkowska-Szcutnik, 2008). Czynnikiem różnicującym jest tu rodzaj otrzymywanych od nauczycieli informacji.

Obok pytania o istnienie instytucjonalnej edukacji seksualnej pozostaje jeszcze pytanie o jej jakość. Jak wynika z badań nad szkolną edukacją seksualną w Polsce ponad 80% badanych kojarzy omawianie tematyki seksualnej z uczuciem niedosytu, rozczarowania a nawet zażenowania, zarówno treścią, jak i samym sposobem prezentacji (Trawińska, 1998). Szkoła jawi się jako marginalne źródło wiedzy o seksualności. W sukurs powinny przyjść inne formy realizacji edukacji seksualnej. Wiedzę na temat seksualności, głównie zaś zdrowia reprodukcyjnego i higieny zdobyć można u lekarza specjalisty, jak również w specjalistycznych punktach i poradniach (np. punktach diagnostyczno-konsultacyjnych). Efekty działań instytucjonalnych wzmacniane są aktywnością fundacji i stowarzyszeń. W Polsce w zakresie edukacji seksualnej (głównie profilaktyki HIV/AIDS) działa specjalna agenda Ministra Zdrowia - Krajowe Centrum ds. AIDS, które prowadzi działalność edukacyjno-profilaktyczną, wydawniczą, poradniczą, interwencyjną. We Francji w tym zakresie współpracują AFLS (Agence Française de Lutte Contre SIDA) i CNS (Conseil National du SIDA). W ramach działalności pozainstytucjonalnej w Polsce edukację seksualną realizuje m.in. TADA, Stowarzyszenie POMOST, Społeczny Komitet ds. AIDS, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, La Strada, Towarzystwo Rozwoju Rodziny, Res Humane (Milewski, 2008). We Francji w działalność tego typu angażuje się m.in. Frisse (Femmes, Réduction des Risques et Sexualité), MFPP (Mouvement Français Pour le Planning Familial), IKAMBERE, Médecins du Monde, Sol en Si (Act-Up, SIS, MFPP, 2008). Analiza odpowiedzi studentów pokazuje, że we Francji źródłem uświadomienia są zakładane przy ośrodkach zdrowia

Centra Planowania Rodziny (Centres du Planning Familial) i stowarzyszenie MPPF (odpowiednio 3,1% i 1% wskazań). Na pytanie o źródła wiedzy w zakresie seksualności, lekarza wskazało 49,3% badanych studentów. Francuzi wymieniali również innych specjalistów służby zdrowia, co może wiązać się z rolą pielęgniarek w tym zakresie. Polscy studenci wskazywali na lekarzy jako źródło uświadczenia seksualnego w 53% przypadków. W innych badaniach na gruncie polskim pracownicy służby zdrowia wskazywani są jako podmiot uświadczenia głównie z obszarze związanym z HIV/AIDS (Mędreła-Kuder, Kantor-Noga, 2000).

Zestawione powyżej wyniki wskazują na znikomy - w porównaniu z przedstawicielami służby zdrowia - udział pracowników szkół w uświadczeniu seksualnym. Znamienne jest, że zapotrzebowanie na informacje o seksualności uzyskiwane tak od nauczycieli, jak i od lekarzy jest duże. Badania Woynarowskiej i współauterek wskazują, że aż co trzeci uczeń wyraża potrzebę otrzymania tego typu wsparcia informacyjnego (Woynarowska, Szymańska, Mazur, 1999). Podobne wnioski płyną z badań nad studentami (Komosińska, 1999; Komosińska, Małkowska-Szcutnik, 2008). Zestawienie zapotrzebowania społecznego na udział specjalistów w procesie uświadczenia seksualnego i wyników świadczących o stanie faktycznym powinno dać asumpt do refleksji i zmian w tym obszarze.

W związku z deprawacją potrzeby wsparcia informacyjnego w rodzinie i w szkole, młode osoby odwołują się do innych źródeł. Kościół, jako źródło wiedzy o AIDS został wybrany w badaniach z 1991 roku przez 13 % uczniów szkół ponadpodstawowych (Rzepka, Zdunkiewicz, Andelova, 1991) i przez 9,6 % uczniów szkół średnich w badaniach z 2008 roku (Milewski, 2008). Wysoki wskaźnik odnoszenia się do przedstawicieli Kościoła w zakresie wiedzy o antykoncepcji

dotyczył również młodych matek badanych w 1992 roku (Wróblewska, 1992). Jak wynika z przytoczonych w tabeli 6 i 7 odpowiedzi studentów (tak we Francji, jak i w Polsce) nie postrzegają przedstawicieli Kościoła jako istotnego źródła uświadomienia seksualnego (5% wskazań w Polsce i 2% we Francji). Kościół został w badaniu zaznaczony jedynie przez 3,7% studentów, co plasuje go na ostatnim miejscu wśród innych źródeł informacji o seksualności (poza tymi źródłami, które respondenci dopisywali samodzielnie). W ocenie nikłego udziału przedstawicieli Kościoła w uświadamianiu seksualnym Milewski sugeruje uwzględnienie drażliwości tematyki seksualnej, jak również ewentualne słabe przygotowanie księży i katechetów do edukacji seksualnej (Milewski, 2008). Analizy francuskie poskreślają społeczno-kulturowe uwarunkowania osłabienia roli Kościoła jako propagatora wiedzy i postaw wobec seksualności. Zauważalna jest tu szeroka transformacja społeczna popierana zmianami legislacyjnymi (Prawo Veil sankcjonujące aborcję, dostępność darmowej antykoncepcji, popularność rozwodów) (Bajos, Bozon, 2008). Jest to ciekawy wynik wymagający dalszych badań, które pozwolą zgłębić ewentualne inne przyczyny marginalnego udziału przedstawicieli Kościoła w uświadamianiu seksualnym.

Niedostatki oddziaływań rodzicielskich i szkolnej edukacji seksualnej, ale też naturalne prawidłowości kolejnych faz rozwoju sprawiają, że w zakresie wychowania seksualnego pojawiają się inne, konkurencyjne źródła. Niewątpliwie duże znaczenie dla rozwoju psychoseksualnego mają mass media, szczególnie jeśli weźmie się pod uwagę czas spędzany przed telewizorem lub komputerem (Melosik, 1999, 2001, 2005). W mediach mogą pojawiać się komunikaty, nie zawsze merytorycznie poprawne, czasem wyolbrzymione i pozostające w sprzeczności z przekazami z innych źródeł. W zakresie wiedzy o HIV/AIDS i szeroko pojętego zdrowia seksualnego mogą to być

informacje obarczone błędami, odwołujące się do silnych emocji, niezaspokojonych potrzeb i stereotypów (Ruffiot, 1992; Bajos, Bozon, 2008; Gola, 2008). Z drugiej strony media mogą być nieocenionym źródłem aktualnych, rzetelnych i ciekawie prezentowanych informacji (Bozon, 2009). Podejmowane są w związku z tym działania mające na celu zaangażowanie mediów jako ważnego źródła informacji oraz poprawę jakości tychże informacji. Przykładem jest realizowany w Polsce od 2004 roku Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV, Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS, którego efektem jest m.in. poprawa merytorycznej strony kampanii medialnych (Marzec-Bogusławska, 2007). O roli mediów jako źródła uświadomienia seksualnego świadczą odpowiedzi badanych studentów, które powinny stanowić punkt wyjścia do poszerzonej współpracy z mediami. Media okazały się drugim pod względem ważności źródłem informacji o seksualności (59,4% wskazań). Prezentowane wyniki korespondują z analizami Milewskiego, w których media wymieniane są przez młodzież jako główne źródło informacji o HIV/AIDS (Milewski, 2008). Wynik ten powinien być inspiracją do dalszych eksploracji. W szczegółowych analizach roli mediów jako źródła informacji o seksualności ciekawe wydaje się uwzględnienie rodzaju nośnika i jakości przekazywanych treści.

Obok prasy i literatury popularnonaukowej (38,4% wyborów) studenci deklarują korzystanie z książek i czasopism specjalistycznych w procesie zdobywania informacji o seksualności. W ocenie 33% studentów literatura fachowa stanowi źródło wiedzy o seksualności, przy czym występują istotne statystycznie różnice między respondentami w Polsce i we Francji. Aż 51,2% studentów polskich wskazało korzystanie z literatury specjalistycznej (57% zaznaczyło również literaturę i prasę popularnonaukową). Wśród badanych Francuzów

odsetek ten wyniósł jedynie 11,3% (15,3% korzysta z literatury i prasy popularnonaukowej). Ciekawym wydaje się fakt, że aż 59% dziewcząt i 16,9% chłopców w wieku 18-24 lat we Francji wskazało magazyny feministyczne jako pierwsze źródło informacji o antykoncepcji (Bozon, 2008, s.143). W innych badaniach, tym razem na gruncie polskim wysoki poziom korzystania z literatury specjalistycznej jako źródła wiedzy o antykoncepcji osiągnęły młode matki. Książki i czasopisma stanowiły kategorię zaznaczoną przez 61% respondentek i wyprzedziły w tym względzie inne źródła, takie jak rodzina, szkoła, znajomi, partner (Wróblewska, 1992). Podobne wnioski płyną z badań Jaczewskiego przeprowadzonych w grupie studentów i żołnierzy, wśród których 53,8% wskazało na książki uświadamiające jako źródło wiedzy o antykoncepcji (Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994). Powyższe wyniki odnieść można do uzyskanej w badaniu różnicy poziomu wiedzy o sposobach zabezpieczenia się przed HIV/AIDS wśród studentów w Polsce i we Francji. Wyższy poziom wiedzy Polaków w tym zakresie może wiązać się z większym odsetkiem osób korzystających z rzetelnej, specjalistycznej wiedzy (literatura fachowa, literatura i prasa popularnonaukowa, nauczyciel, wykłady), wniosek ten wymaga jednak weryfikacji w dalszych badaniach.

Deficyt w zakresie uświadomienia seksualnego jest w sposób naturalny uzupełniany przez rówieśników. Badani studenci z obu krajów byli zgodni w wyborze znajomych/przyjaciół jako najważniejszego źródła informacji o seksualności (63,5% wskazań). Odrębną kategorię stanowili partnerzy, którzy mogą, lecz nie muszą być równoletkami respondentów. Jak wynika z badań również oni stanowią popularne źródło uświadomienia seksualnego (50% wskazań wśród studentów francuskich i 47,1% wśród studentów polskich). Inne analizy na gruncie francuskim dowodzą, że rozmowy z parterem seksualnym na temat

chorób przenoszonych drogą płciową oraz metod antykoncepcyjnych podejmuje 37,1% kobiet oraz 28,3% mężczyzn w wieku 20-24 lat (Bajos, Bozon, 2008). Odsetek ten spada wraz z wiekiem, co świadczyć może o coraz mniejszym znaczeniu tego źródła informacji, jak również spadającym na nie zapotrzebowaniu. W Polsce rolę kolegów w uświadamianiu seksualnym badał na przestrzeni lat Jaczewski. Na pytanie „skąd się biorą dzieci” odpowiedź od kolegów uzyskało 30,6% badanych respondentów (Jaczewski, Grodzki, Izdebski, 1994). Warto podkreślić, że odwołanie do wiedzy rówieśników zależy od obszaru tematycznego i spada w zakresie wiedzy specjalistycznej np. dotyczącej HIV/AIDS (Komosińska, 1999).

Powyższe analizy wskazują jednoznacznie, że rówieśnicy wypełniają lukę w działalności innych źródeł socjalizacji. Uwaga skierowana na rówieśników i partnerów jako źródła uświadomienia seksualnego jest uzasadniona nie tylko ze względu na ich popularność (co potwierdzają wyniki niniejszych badań), ale też ze względu na ewentualne zagrożenia z tego wynikające. W literaturze przedmiotu podkreślana jest częsta wulgaryzacja języka nastolatków i niedostatki w przekazywanej przez nich wiedzy – wiedzy tworzonej przez niedojrzałe jednostki, opartej na ich doświadczeniach i nie zawsze merytorycznie poprawnych źródłach. Wskazaniem dla praktyki edukacyjnej jest wyposażenie młodych ludzi w merytorycznie poprawną wiedzę, a następnie szersze zwrócenie się w ich stronę jako przekazicieli wiedzy o seksualności, chociażby w ramach tzw. edukacji rówieśniczej (*Youth Peer Education*) wykorzystywanej w promocji zdrowia seksualnego (Adamchak, 2006).

4.3.2. Komponent emocjonalny postaw studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego

Komponent emocjonalny postawy oznacza dodatnie lub ujemne emocje lub bardziej chłodne zintelektualizowane oceny wobec przedmiotu postawy (Marody, 1976, s.134). W pracy komponent emocjonalny postawy rozumiany jest jako wartość przypisywana zdrowiu przez respondentów. Jest to istotne o tyle, że oceny dokonywane są w ramach pewnego systemu wartości (układu odniesienia), którego poznanie jest istotne dla analizy emocjonalnego komponentu postawy. Zdaniem Marody nieuwzględnienie miejsca w hierarchii celów, jaki zajmuje dany obiekt prowadzi do fałszywych przewidywań (Marody, 1976). Odniesienie do hierarchii wartości w analizie postaw znaleźć można między innymi w badaniach Czabańskiego, który bada postawy młodzieży wobec samobójstwa na podstawie wskaźnika „miejsce jakie zajmują w hierarchii wartości młodzieży życie ludzkie i zdrowie” (Czabański, 1997, s.38). Pytanie badawcze mające na celu opis komponentu emocjonalnego postawy brzmiało: jakie są postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji w zakresie komponentu emocjonalnego?

Komponent emocjonalny postawy wobec zdrowia seksualnego jest rozumiany w pracy jako ranga wartości „dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna” wybranej spośród zbioru wartości osobistych (por. Juczyński, 2008). Możliwy przedział teoretyczny wartości to 0 - 5, gdzie 0 oznacza brak wskazania, a wartości 1 – 5 oznaczają rangi przypisane zdrowiu. Rezultaty w zakresie komponentu emocjonalnego postawy wobec zdrowia seksualnego przedstawia tabela nr 28. Wynika z niej, że średnia w zakresie komponentu poznawczego postawy w badanej próbie wyniosła 2,53.

zmienna	N	Min	Maks.	Mediana	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
komponent emocjonalny postawy	219	,0	5,0	3	2,53	1,91	-,26	-1,57

Tabela 28. Komponent emocjonalny postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

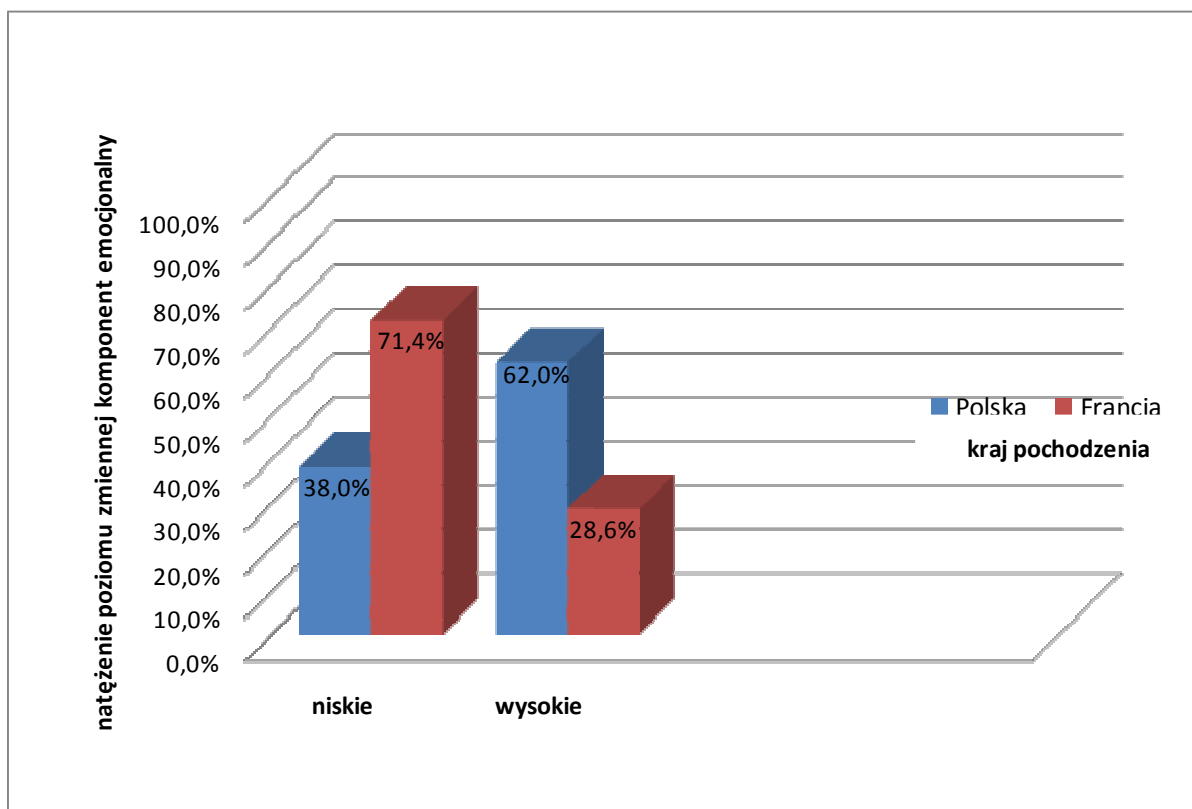
Dodatkowo w celu opisu badanej próby na podstawie mediany zostały ustalone przedziały natężenia poziomu zmiennej szczegółowej, która może przyjmować następujące wartości:

- niskie
- wysokie

Analiza wyników w zakresie komponentu emocjonalnego postawy wobec zdrowia seksualnego pozwala zauważyć, że niskie wyniki uzyskało nieznacznie więcej studentów (53%) niż wyniki wysokie (47%). W tym zakresie widać różnice między populacją badanych studentów w Polsce i we Francji (Chi^2 (df=1, N = 219) = 24,26; $p < 0,05$). Niskie wyniki w zakresie zmiennej komponent emocjonalny postawy wobec zdrowia seksualnego otrzymano w przypadku 38% badanych w Polsce i 71,4% we Francji, wysokie odpowiednio dla 62% i 28,6% respondentów. Szczegółowy rozkład wyników wśród studentów w Polsce i we Francji przedstawia wykres nr 10.

Wyniki w zakresie zmiennej komponent emocjonalny	Liczebność grupy	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
niskie	116	53,0	53,0	53,0
wysokie	103	47,0	47,0	100,0
Ogółem	219	100,0	100,0	

Tabela 29. Komponent poznawczy postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (liczebności grup) (źródło: opracowanie własne).



Wykres 10. Niskie i wysokie wyniki w zakresie komponentu emocjonalnego postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji (źródło: opracowanie własne).

Uzyskane rezultaty korespondują z wynikami Rutkowskiej, która za pomocą kwestionariusza LWO analizowała komponent emocjonalno-motywacyjny postaw zdrowotnych studentów pedagogiki (Rutkowska, 2008). W zestawieniu średnich arytmetycznych dla poszczególnych wartości zdrowie znalazło się na drugim miejscu w hierarchii ze średnią rangą 3,27 (Rutkowska, 2008, s.203). Studenci badani przez Słupską-Kwiatkowską za najważniejszą wartość uznali rodzinę (238 osób wskazała rodzinę na pierwszym miejscu w hierarchii wartości, 151 osób na drugim miejscu), na drugim miejscu wskazali natomiast zdrowie (155 osób wskazało je na pierwszym miejscu, 220 osób na drugim miejscu w hierarchii wartości) (Słupska-Kwiatkowska, 2009). Wysoko, bo na drugim miejscu w hierarchii wartości studentów, znalazło się zdrowie również w analizach Sosnowskiego. Zdrowie zostało wybrane przez 21%

studentów. Jak podkreśla autor, jest to wynik o tyle istotny, że badana grupa wiekowa nie ma problemów ze zdrowiem, mimo to dostrzega jego wartość. Można przyjąć, że zdrowie stanowi raczej dla studentów wartość uznawaną, nie zaś aktualnie odczuwaną (Sosnowski, 2010, s.33). Zdrowie łącznie z rodziną pojawiało się najczęściej (13% wyborów) w przypadku osób wybierających dwie istotne dla nich wartości. Dotyczy to również jednoczesnego wyboru trzech wartości, którymi okazywały się zdrowie, rodzina i praca. Trzecie miejsce w rankingu wartości studentów zajęła praca wskazana przez 8,8% respondentów. Kolejną wartością w hierarchii jest miłość (7,1% wyborów), a następnie wiedza (5% wskazań) (Sosnowski, 2010). Podobnie w badaniach na gruncie francuskim okazało się, że zdobycie rzetelnego wykształcenia jest wartością ważną dla studentów (wyprzedzającą uzyskanie satysfakcji seksualnej) (Bozon, Kontula, 1997). Wartości materialne były wybierane przez studentów stosunkowo rzadko (2%) i zajmują szóste miejsce w ogólnej hierarchii wartości zaraz przed przyjaźnią (Sosnowski, 2010).

Warto podkreślić, że deklarowana wysoka pozycja zdrowia ulega obniżeniu w sytuacji wyboru między nim, a innymi wartościami. Jak pokazują badania w tym obszarze - zdrowie może mieć dla respondentów status wartości uroczystej - oceniane jako wartość ważna lub bardzo ważna w życiu, w realnych działaniach jest jednak unieważniane poprzez podejmowanie zachowań niesprzyjających mu, a nawet szkodliwych (por. Gniazdowski, 1990; Dolińska-Zygmunt, 2000). Wyniki wielu analiz weryfikujących związek postawa-zachowanie wskazują na rozbieżność między nimi (por. Bohner, Wanke, 2004; DeHart, Birkimer, 1997; Crossy, Danner, 2008). Stąd też, w analizie postaw studentów wobec zdrowia seksualnego uwzględniono

komponent behawioralny, a dodatkowo aktualnie podejmowane przez nich zachowania seksualne.

4.3.3. Komponent behawioralny postaw studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego

Komponent behawioralny został wyodrębniony jako element struktury postawy w 1947 roku przez Smitha, który zdefiniował go jako coś co chcielibyśmy zrobić (jak zachowywać się) wobec przedmiotu postawy (Nowak, 1973, s.23). W związku z przyjęciem trójskładnikowego modelu postawy, w niniejszej rozprawie analizowano niezależnie komponent poznawczy, emocjonalny oraz behawioralny, rozumiany jako program działania wobec przedmiotu postawy. Już Jung wyróżniając postawę ekstrawertywną i introwertywną rozumie to pojęcie jako gotowość psychiki, by działać w określonym kierunku i reagować na określone bodźce (Nowak, 2000). Duży nacisk na behawioralny wymiar postawy kładzie Ekel, pisząc iż postawa jest względnie trwałą, nabytą skłonnością do zachowania się w określony sposób wobec pewnych przedmiotów, osób, sytuacji (Ekel, 1965).

W pracy komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego definiowany jest jako pewien program działania (gotowość działania) w ramach zdrowia seksualnego. Program ten odnosi się do deklaracji na wysokim poziomie ogólności. Przyjęto, że określa go poziom deklarowanej gotowości do realizacji praw seksualnych wyróżnionych w Deklaracji Praw Seksualnych opracowanej przez Światowe Towarzystwo Seksuologiczne. Pytanie badawcze dotyczące tego aspektu brzmiało: jakie są postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji w zakresie komponentu behawioralnego?

Rezultaty w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego przedstawia tabela nr 30. Wynika z niej, że średnia w zakresie komponentu behawioralnego postawy w całej próbie wyniosła 4,21.

zmienna	N	Min	Maks.	Mediana	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
Komponent behawioralny postawy	219	1,33	5,00	4,33	4,21	0,49	-1,44	4,96

Tabela 30. Komponent behawioralny postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (statystyki opisowe) (źródło: opracowanie własne).

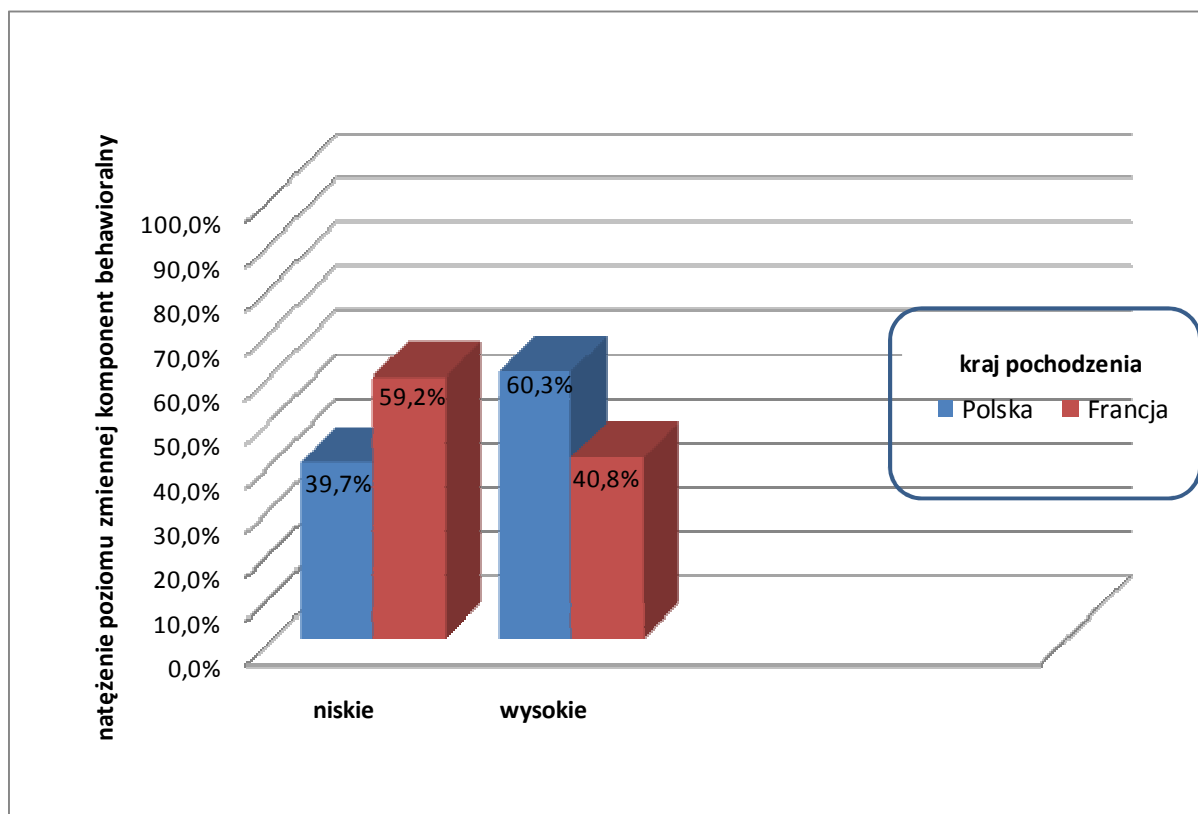
Dodatkowo w celu opisu badanej próby na podstawie mediany zostały ustalone przedziały natężenia poziomu zmiennej komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego, która może przyjmować następujące wartości:

- niskie
- wysokie

Analiza wyników w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego pozwala zauważyć, że niskie wyniki uzyskało 48,4% studentów, natomiast wyniki wysokie 51,6%. W tym zakresie widać różnice między populacją badanych studentów w Polsce i we Francji. Prawie 40% badanych studentów w Polsce w porównaniu z 59,2% studentów we Francji charakteryzuje niskie natężenie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego. Wysokie wyniki w zakresie tej zmiennej uzyskało odpowiednio 60,3% studentów w Polsce i 40,8% studentów we Francji (Chi^2 (df=1, N = 219) = 8,26; $p < 0,05$). Szczegółowe wyniki dotyczące zmiennej komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego zostały zaprezentowane w tabeli nr 30 oraz na wykresie nr 11.

Natężenie poziomu zmiennej „komponent behawioralny”	Liczebność grupy	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
niskie	106	48,4	48,4	48,4
wysokie	113	51,6	51,6	100,0
Ogółem	219	100,0	100,0	

Tabela 31. Niskie i wysokie wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (liczebności grup) (źródło: opracowanie własne).



Wykres 11. Niskie i wysokie wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji ($p < 0,05$) (źródło: opracowanie własne).

Ogólnie rzecz biorąc, rezultaty w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego trudno zestawić z innymi badaniami. W literaturze przedmiotu spotkać można badania dotyczące postaw rozpatrywanych ogólnie lub koncentrujących się na komponencie poznawczym, względnie komponencie emocjonalnym.

4.4.POSTAWY WOBEC ZDROWIA SEKSUALNEGO A AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA STUDENTÓW W POLSCE I WE FRANCJI

Jednym z celów niniejszej pracy jest wyjaśnienie uwarunkowań aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji. W związku z tym sformułowano następujące pytania badawcze:

1.W jakim stopniu postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego oraz ich wiek, wiek inicjacji i liczba partnerów seksualnych wyjaśniają zmienność podejmowanej przez nich aktywności seksualnej w zakresie:

- ❖ ryzyka aktywności seksualnej
- ❖ satysfakcji z aktywności seksualnej
- ❖ wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej?

2. Czy miary współzmienności aktywności seksualnej i postaw wobec zdrowia seksualnego, wieku, wieku inicjacji seksualnej oraz liczby partnerów seksualnych różnią się w zależności od kraju pochodzenia?

Odpowiedź na tek sformułowane pytania badawcze jest przedmiotem kolejnych podrozdziałów.

4.4.1. Postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego a satysfakcja z aktywności seksualnej

W celu przewidywania satysfakcji z aktywności seksualnej w całej badanej próbie oraz w grupie studentów polskich i francuskich przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji metodą krokową. W pierwszej kolejności wprowadzono do modelu komponenty postawy wobec zdrowia seksualnego (emocjonalny, poznawczy i behawioralny) i zmienną postawa wobec zdrowia seksualnego (wynik ogólny). W drugiej kolejności do modelu wprowadzono zmienne wiek

respondenta, wiek inicjacji seksualnej i liczbę dotychczasowych partnerów seksualnych. Wyniki analiz prezentują tabele nr 32 i 33.

predyktory	Satysfakcja z aktywności seksualnej (cała próba)			
	R ²	Skorygowane R ²	F	beta
Komponent behawioralny	,03	,02	4,63*	,160*
Komponent behawioralny	,06	,04	4,77*	,166*
Wiek respondenta				,171

Tabela 32. Predyktory satysfakcji z aktywności seksualnej studentów (*p < 0,05).

Uzyskane wyniki w całej badanej próbie wskazują na dwa istotne predyktory. Model uwzględniający dwa predyktory okazał się być dobrze dopasowany do danych ($F(2,164) = 4,77; p < 0,05$). Zmienna wiek respondenta ($\beta = 0,17; p < 0,05$) i komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego ($\beta = 0,17; p < 0,05$) okazały się istotnymi predyktorami satysfakcji z aktywności seksualnej. Zależność między satysfakcją seksualną osób badanych a komponentem behawioralnym postawy wobec zdrowia seksualnego i wiekiem respondentów jest dodatnia. Łącznie predyktory te wyjaśniają 4% wariacji zmiennej zależnej. Interpretując uzyskane wartości współczynników można stwierdzić, że im starsze były osoby badane i im wyższe wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego, tym większą satysfakcję z aktywności seksualnej zadeklarowały. Model można zapisać w postaci równania matematycznego:

$$\hat{Y} = 0,26 \times \text{komponent behawioralny} + 0,04 \times \text{wiek respondenta}$$

W grupie studentów polskich uzyskane wyniki wskazują na jeden istotny predyktor satysfakcji z aktywności seksualnej (por. tabela nr 33). Model okazał się być dobrze dopasowany do danych

($F(1,75)=12,65;p<0,05$). Wartość predykcyjną uzyskał tu komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego ($\beta=0,38; p<0,05$). Zależność między satysfakcją seksualną osób badanych, a komponentem behawioralnym postawy wobec zdrowia jest dodatnia. Interpretując uzyskane wartości współczynników można stwierdzić, że im wyższe wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego studentów, tym większą satysfakcję odczuwają oni z aktywności seksualnej. Model można zapisać w postaci równania matematycznego:

$$\hat{Y} = 0,63 \times \text{komponent behawioralny}$$

W grupie studentów francuskich żaden predyktor nie został wprowadzony do modelu.

predyktory	Satysfakcja z aktywności seksualnej (Polska)			
	R ²	Skorygowane R ²	F	beta
Komponent behawioralny	,14	,14	12,65*	,380*

Tabela 33. Predyktory satysfakcji z aktywności seksualnej w grupie studentów z Polski (* $p < 0,05$).

W całej badanej próbie predyktorem satysfakcji z aktywności seksualnej okazał się komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego oraz wiek respondentów. Z wyników wieloczynnikowej analizy regresji dla całej próby wyciągnąć można wniosek, że im wyższy jest wiek osób badanych, tym większą satysfakcję czerpią one z aktywności seksualnej. Wynik taki można wiązać z faktem zdobywania doświadczenia seksualnego, co czyni aktywność seksualną bardziej satysfakcjonującą (Imieliński, 1973). Jak podkreśla Imieliński -

mechanizm uczenia się ma znaczenie dla natężenia reakcji emocjonalno-erotycznych. Bodźce erotyczne wywołują najsilniejsze stany napięcia emocjonalno-erotycznego nie wtedy, gdy działają po raz pierwszy, lecz przy następnych powtórzeniach, gdy organizm osiąga pewną wprawę w reagowaniu na nie, gdy się ich nauczy (Imieliński, 1973, s. 141). Inaczej będzie zatem reagował człowiek mający bogate doświadczenie erotyczne, co może mieć znaczenie w kontekście subiektywnie odczuwanej satysfakcji. Również w badaniach Izdebskiego wiek różnicował zadowolenie z życia seksualnego. Najczęściej jako bardzo satysfakcjonujące swoje życie seksualne oceniały osoby w grupach wiekowych 18-24 lata (18%), 25-29 lat (19%) 30-39 lat (19%) (w porównaniu z 15,6% ogółu badanej populacji w wieku 15-49) (Izdebski, 2006).

Zmienną, która pozwala przewidzieć satysfakcję z zachowań seksualnych w całej próbie oraz z grupie studentów z Polski okazał się być komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego (w grupie Francuzów ta zmienna została usunięta z modelu). Interpretując wyniki uzyskane w niniejszym badaniu można stwierdzić, że im wyższe wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego, tym wyższa satysfakcja z aktywności seksualnej. A zatem - im bardziej studenci deklarują gotowość do realizacji praw seksualnych, tym większa ich subiektywna satysfakcja z zachowań seksualnych. W grupie studentów francuskich żaden predyktor nie został wprowadzony do modelu. Wynik ten można odnieść do różnicujących obie badane populacje kontekstów społeczno-kulturowych. Być może szybciej zachodzące w Francji procesy liberalizacji i sekularyzacji mają przełożenie na większą dezintegrację postaw i aktywności seksualnej.

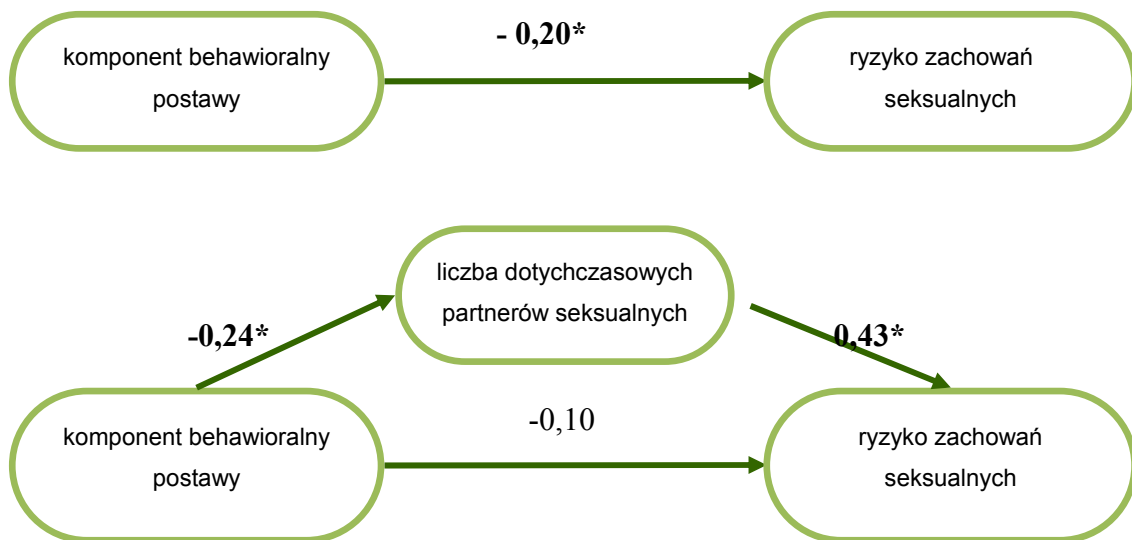
4.4.2. Postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego a ryzyko aktywności seksualnej

W celu przewidywania ryzyka aktywności seksualnej w całej badanej próbie oraz w grupie studentów polskich i francuskich przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji metodą krokową. W pierwszej kolejności wprowadzono do modelu komponenty postawy wobec zdrowia seksualnego (emocjonalny, poznawczy i behawioralny) i zmienną postawa wobec zdrowia seksualnego (wynik ogólny). W drugiej kolejności wprowadzono zmienne wiek respondenta, wiek inicjacji seksualnej i liczbę dotychczasowych partnerów seksualnych (por. tabela nr 34).

predyktory	Ryzyko zachowań seksualnych (cała próba)			
	R ²	Skorygowane R ²	F	beta
Komponent behawioralny	,04	,03	6,78*	-,199*
Komponent behawioralny	,19	,18	13,11*	-,101
Liczba dotychczasowych partnerów seksualnych				,403*

Tabela 34. Predyktory ryzyka aktywności seksualnej studentów (*p < 0,05).

W modelu wyjaśniającym ryzyko zachowań seksualnych podejmowanych przez studentów komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego został wprowadzony do modelu w kroku pierwszym (por. schemat nr 10). Po wprowadzeniu w kroku drugim kolejnego predyktora (liczba dotychczasowych partnerów seksualnych) przestał on być istotny, co wskazuje na efekt mediacji.



Schemat 10. Efekt mediacji między komponentem behawioralnym a liczbą dotychczasowych partnerów seksualnych dla ryzyka zachowań seksualnych (* $p < 0,05$) (źródło: opracowanie własne).

Wielkość efektu mediacji wynosi 0,10. Przeprowadzony test Sobela wskazuje na to, że jest on istotny ($p < 0,05$). Całkowity efekt mediacji wynosi -0,20. Interpretując wartości współczynników można stwierdzić, że na podstawie niższych wartości w zakresie komponentu behawioralnego postawy można przewidywać większą liczbę partnerów seksualnych, a w efekcie wyższe ryzyko podejmowanej aktywności seksualnej.

W grupie studentów polskich, w modelu wyjaśniającym ryzyko zachowań seksualnych wprowadzony w pierwszym kroku komponent behawioralny po wprowadzeniu do modelu w kroku drugim kolejnego predyktora (liczba dotychczasowych partnerów seksualnych) przestał być istotny. Wyniki analiz prezentuje tabela nr 35.

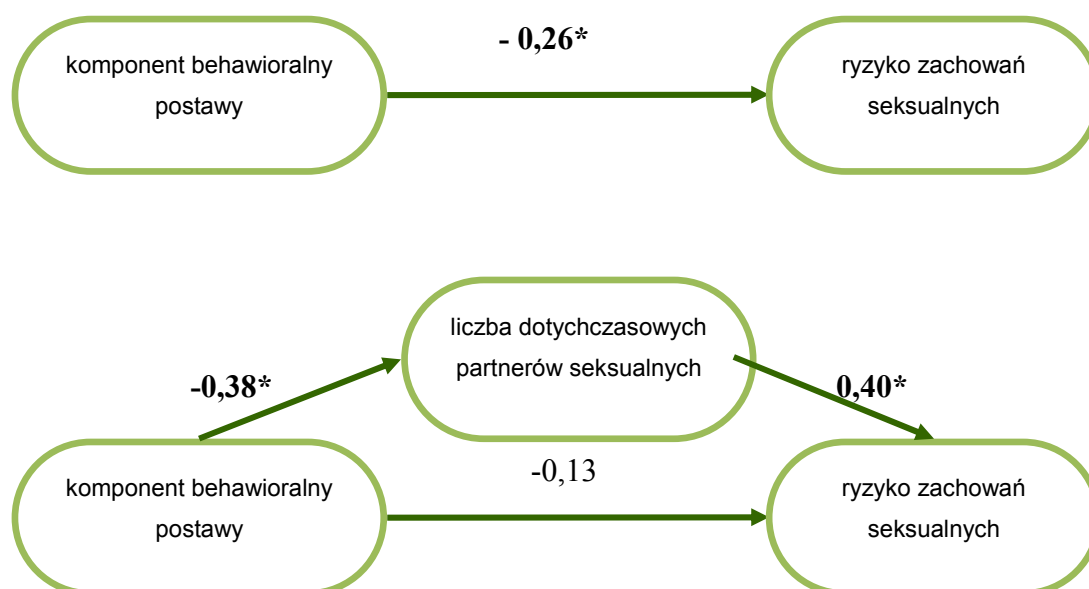
predyktory	Ryzykowne zachowania seksualne (Polska)			
	R ²	Skorygowane R ²	F	beta
Komponent behawioralny	,07	,06	5,63*	-,264*
Komponent behawioralny	,18	,15	7,88*	-,130

Liczba dotychczasowych
partnerów seksualnych

,352*

Tabela 35. Predyktory ryzyka aktywności seksualnej w grupie studentów z Polski (*p < 0,05).

Wielkość efektu mediacji w grupie studentów polskich wynosi 0,13. Przeprowadzony test Sobela wskazuje na to, że jest on istotny ($p < 0,05$). Całkowity efekt mediacji wynosi -0,28. Efekt mediacji w zakresie predykcji ryzyka aktywności seksualnej podejmowanej przez studentów z Polski został zaprezentowany na schemacie nr 11.



Schemat 11. Efekt mediacji między komponentem behawioralnym postawy a liczbą dotychczasowych partnerów seksualnych dla ryzyka zachowań seksualnych studentów z Polski (*p < 0,05) (źródło: opracowanie własne).

W grupie studentów francuskich nie zaobserwowano efektu mediacji. Szczegółowe wyniki dotyczące predykcji ryzyka zachowań seksualnych w grupie studentów z Francji przedstawia tabela nr 36.

predyktory	Ryzykowne zachowania seksualne (Francja)			
	R ²	Skorygowane R ²	F	beta
Liczba dotychczasowych partnerów seksualnych	,21	,20	23,44*	,459*

Tabela 36. Predyktory ryzyka aktywności seksualnej w grupie studentów z Francji (*p < 0,05).

W grupie studentów francuskich uzyskane wyniki wskazują na jeden istotny predyktor ryzyka podejmowanych przez nich zachowań seksualnych. Model ten okazał się dobrze dopasowany do danych (F(1,88)=23,44;p<0,05). Liczba dotychczasowych partnerów seksualnych okazała się istotnym predyktorem (beta=0,46; p<0,05) ryzykownych zachowań seksualnych. Zależność między ryzykiem podejmowanej przez studentów aktywności seksualnej, a liczbą partnerów w ich biografii seksualnej jest dodatnia. Interpretując wartości uzyskanych współczynników można stwierdzić, że im więcej partnerów seksualnych mieli studenci francuscy w ciągu życia, tym bardziej ryzykowne zachowania seksualne podejmują. Model można zapisać w postaci równania matematycznego:

$$\hat{Y} = 0,03 \times \text{liczba dotychczasowych partnerów seksualnych}$$

Jak wynika z analizy tabeli 36 w grupie studentów francuskich predykcja ryzyka podejmowanych przez nich zachowań seksualnych możliwa jest na podstawie liczby dotychczasowych partnerów seksualnych (inne zmienne zostały z modelu usunięte). Interpretując uzyskane wartości współczynników można stwierdzić, że im większą ilość partnerów seksualnych miały osoby w ciągu życia, tym wyższy wynik uzyskały w zakresie ryzyka podejmowanej w ciągu ostatniego roku aktywności seksualnej. Rezultaty te korespondują z wynikami innych

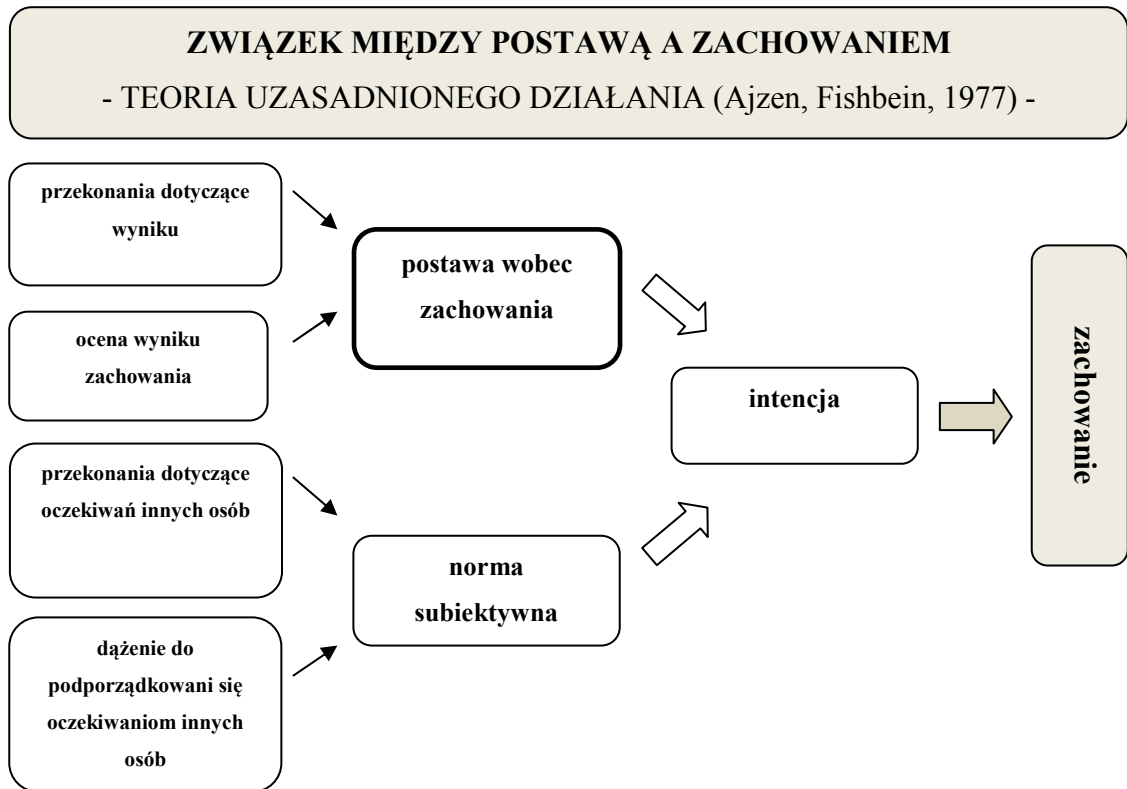
analiz w tym obszarze. DeHart i Birkimer wykazali, że liczba partnerów seksualnych jest skorelowana z poziomem ryzyka aktywności seksualnej. Okazało się, że zmienna ta (obok postaw) jest również ujemnie skorelowana z użyciem prezerwatyw (DeHart, Birkimer, 1997).

Rolę mediatora dla predyktora - komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego przyjmuje (zarówno w całej grupie, jak i osobno dla studentów w Polsce) liczba dotychczasowych partnerów seksualnych. Interpretując wartości współczynników można stwierdzić, że na podstawie niższych wartości w zakresie komponentu behawioralnego postawy można przewidywać większą liczbę partnerów seksualnych, a w efekcie wyższe ryzyko podejmowanej aktywności seksualnej.

Całościowa postawa wobec zdrowia seksualnego nie pozwala w sposób istotny statystycznie przewidzieć podejmowania przez studentów ryzykownych zachowań seksualnych (postawy mierzone całościowo oraz komponent poznawczy i emocjonalny zostały usunięte z modelu). Warto ten wynik odnieść do innych analiz w tym zakresie oraz do modeli teoretycznych TRA (*Theory of Reasoned Action*) i TPB (*Theory of Planned Behavior*) (por. rys. 3-4).

Teoria uzasadnionego działania (TRA) została stworzona przez Fishbeina i Ajzena w 1975, jako ogólny model teoretyczny do przewidywania ludzkich zachowań (DeHart, Birkimer, 2001). Zakłada się tu, że większość zachowań, których konsekwencje odnieść można do zdrowia, są zachowaniami związanymi ze świadomym namysłem. Przyjmuje się tu zatem, iż większość zachowań jednostki pozostaje pod jej kontrolą wolicjonalną. Według tej koncepcji najsilniejszym predyktorem zachowania (zarówno rozpoczęcia, jak i jego zaprzestania) jest intencja określana jako behawioralna dyspozycja do danego zachowania (*behavioral intention*). Na intencję wpływa postawa wobec

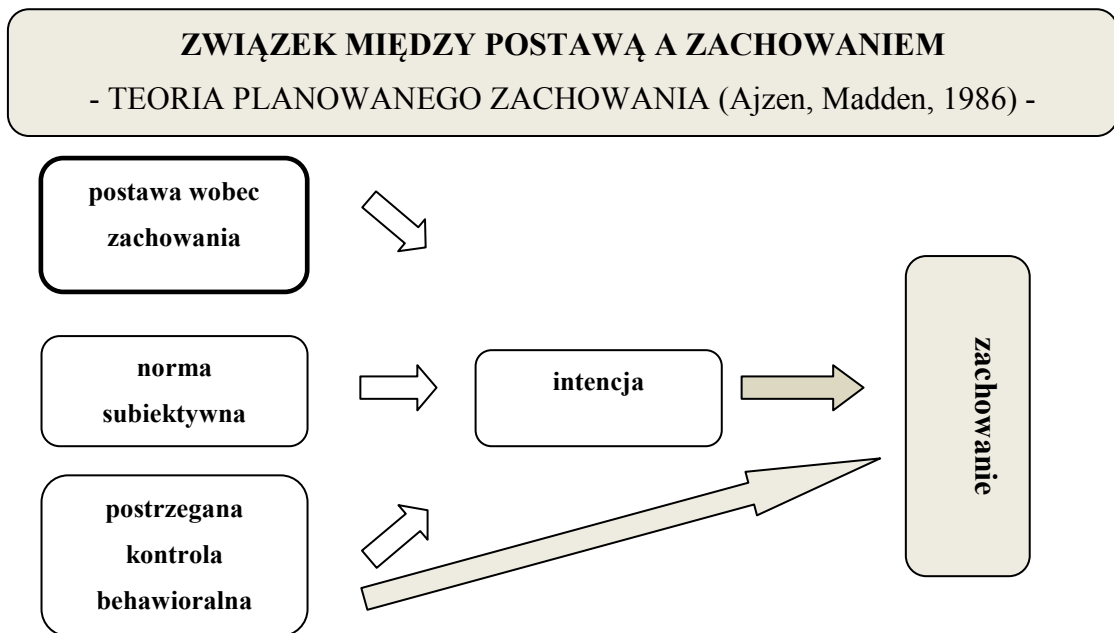
danego zachowania (*attitude*) oraz norma subiektywna (*subjective/perceived norm*). Postawa wobec danego zachowania jest konsekwencją posiadania przekonania o konkretnym wyniku tego zachowania oraz oceny tego wyniku (Herr, 1995; Ziarko, 2006; DeHart, Birkimer, 2001).



Schemat 12. Związek między postawą a zachowaniem - Teoria Uzasadnionego Działania (źródło: opracowanie własne na podstawie: Bishop, 2000; Ajzen, Fishbein 1977; Hatkins i inni, 2000)

Uzupełnieniem TRA jest TPB - teoria planowanego zachowania (*Theory of Planned Behavior*) (Ajzen, Fishbein, 1977). Również ona wyjaśnia czynności wolicjonalne, co odnoszone jest zazwyczaj do zachowań pro- lub antyzdrowotnych (Bohner, Wanke, 2004; Ziarko, 2006; Woynarowska, 2008; Bishop, 2000). Model TPB utrzymuje, że zachowanie jest determinowane zarówno przez behawioralną intencję (co jest rezultatem postaw wobec danego zachowania i normy subiektywnej), jak i postrzeganą kontrolę behawioralną (*perceived*

behavioral control). Obie teorie, a więc TRA i TPB są wykorzystywane na gruncie rozważań o zachowaniach pro- i antyzdrowotnych. Należą do grupy modeli motywacyjnych wyjaśniających podejmowanie aktywności zdrowotnej i ustanawianie celów. Skoncentrowane są na fazie przeddecyzyjnej, która skutkuje podjęciem decyzji o rozpoczęciu zachowania (Ziarko, 2006; por. Bishop).



Schemat 13. Związek między postawą a zachowaniem - Teoria Planowanego Zachowania (źródło: opracowanie własne na podstawie: Bishop, 2000; Ajzen, Fishbein, 1977; Hatkins i inni, 2000)

W literaturze przedmiotu znaleźć można szereg badań wskazujących na obecność związku postawa-zachowanie, także w odniesieniu do aktywności seksualnej. Davis i Sloan dokonali empirycznej weryfikacji modelu TRA. Okazało się, że istnieje związek między wiedzą i postawami studentów wobec HIV/AIDS, przekonaniem o skuteczności prezerwatyw oraz postawami wobec bezpiecznego seksu, a bieżącymi zachowaniami seksualnymi oraz intencją takich zachowań w przyszłości (Davis, Sloan, 2007). Z badań DeHart i Birkimer wynika, że postawy są skorelowane

z użyciem prezerwatyw. Uporządkowane w modelu konstrukty teoretyczne: postawy wobec bezpiecznego seksu, normy i oczekiwania, co do skuteczności profilaktyki oraz postrzegane podatność na zagrożenie ze strony HIV wyjaśniają około 40% wariacji wyniku w zakresie intencji do praktykowania bezpiecznego seksu. Z kolei intencja do zachowania jest - według autorów - znaczącym predyktorem bezpiecznych zachowań seksualnych, w tym przypadku użycia prezerwatywy w aktywności seksualnej ze stałym partnerem (DeHart, Birkimer, 1997). W innych badaniach w tym obszarze istotnym predyktorem użycia prezerwatyw okazały się postawy wobec użycia prezerwatyw, wiedza o HIV, wiek, liczba partnerów seksualnych oraz płeć męska (Bazgran, za: Davis, Sloan, 2007). Podobne wnioski płyną z badań Gaynora, który wykazał istotny związek postaw (własnych oraz partnera seksualnego) wobec prezerwatyw z ich użyciem w aktywności seksualnej (Gaynor, 2010). Jak się okazuje - model TRA i TPD mogą być przydatne w odniesieniu do predykcji zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową. Z analiz Crosby i Danner wynika, że postawa wobec profilaktyki STD wyjaśnia około 13% wariacji późniejszego pozytywnego wyniku w teście STD (Crosby, Danner, 2008).

Badania dotyczące związku postaw z zachowaniami prowadzone są od lat na gruncie psychologii społecznej. Wynika z nich, że postawy mogą być dobrymi predyktorami zachowania, ale siła tej korelacji jest zmienna i zależna od warunków prowadzenia i opracowywania badań, procesów poznawczych i jednostkowych cech nosicieli postaw. Wśród metodologicznych moderatorów siły związku postawa - zachowanie autorzy wymieniają wysoki stopień dopasowania miar obu zmiennych (postawa i zachowanie). W związku z tym, że poziomy pomiaru odgrywają ważną

rolę w determinowaniu związku postawa-zachowania, zaleca się uszczegółowienie miary postawy (strategia maksymalizacji szczegółowości). Jak podkreślają Bohner i Wanke nie można antycypować jakiegoś konkretnego zachowania (np. inicjacji seksualnej) na podstawie ogólnej miary postawy (np. kwestionariusza badającego postawy wobec seksualności w ogóle) (Bohner, Wanke, 2004, s. 231-234). Ogólne poglądy badanych osób i grup społecznych mogą pomóc w zrozumieniu generalnych wzorów zachowań, zwykle jednak bardzo słabo sprawdzają się w przewidywaniu specyficznych zachowań przedstawicieli tych grup wobec konkretnego obiektu, co podkreślał sam Ajzen (Ajzen, Fishbein, 1977).

Przegląd badań nad związkiem postawa-zachowanie potwierdza, że moc prognostyczna miary postawy jest tym wyższa im większa odpowiedniość (bardziej zbliżona szczegółowość) obu miar. Jeśli nie jest spełniona zasada odpowiedniości (w badaniach analizuje się pojedyncze akty behawioralne lub porównuje szczegółowe zachowania z ogólnymi postawami), to moc prognostyczna postaw jest niewielka. Autorzy postulują tu zatem zmianę po stronie predyktorów, tak by były to postawy wobec konkretnych zachowań (a nie postawy wobec obiektów), które umożliwiają analizę relacji postawa-zachowanie. Dla przykładu: w badaniach przeprowadzonych w 2007 roku przez zespół Stuthofera stwierdzono istotny statystycznie związek między postawami wobec prezerwatyw i ich używaniem podczas inicjacji seksualnej (Stuthofer i inni, 2007). Zupełnie inaczej w badaniach Lescano - nie zidentyfikowano tu związku między częstotliwością stosunków analnych, a postawami wobec seksu (Lescano, 2009).

W niniejszych badaniach brak postawy (mierzonej całościowo), jako predyktora w odniesieniu do ryzykownych zachowań seksualnych może wynikać z niedostatecznego spełnienia warunku dopasowania miar obu

zmiennych. Ogólna postawa wobec zdrowia seksualnego została odniesiona do ryzyka zachowań autoseksualnych i seksualnych społecznych (ocenianego poprzez analizę częstotliwości ryzykownych z punktu widzenia STD/STI form zachowań seksualnych (seks waginalny i analny) oraz ocenę częstotliwości stosowania prezerwatyw).

Trzeba również zauważyć, że nie zawsze oczywisty i jednoznaczny związek postawa - zachowanie może być uwarunkowany sytuacyjnie. Mądrzycki wyróżnia następujące sytuacje, w których występuje pozorny lub rzeczywisty brak zgodności między postawą, a działaniem:

- postawa nie jest w pełni ukształtowana (brakuje któregoś komponentu) lub jest on w stanie rozpadu (pozostał tylko jeden element, zazwyczaj behawioralny),
- postawa posiada niski stopień ogólności - odnosi się do małej grupy przedmiotów lub sytuacji,
- reakcje dotyczące dominującej postawy zostają zgeneralizowane na inne obszary. W takim wypadku podmiot zachowuje się nieadekwatnie do posiadanej przez siebie postawy w danym obszarze (np. religii), gdyż zachowanie to jest ukierunkowane przez postawę dominującą (np. polityczną). W ocenie zachowania istotne jest dotarcie do hierarchii posiadanych przez podmiot postaw,
- podmiot nie ma wyraźnie zaznaczonej hierarchii postaw. Wówczas zachowanie może być wynikiem jednej z postaw, lub wypadkową dwóch lub więcej postaw. Może tu dojść do konfliktu między postawami,
- występuje konflikt między postawą i potrzebą. Zachowanie może być w tej sytuacji wynikiem dominacji jednego czynnika (na przykład potrzeby pokarmowej dominującej nad uczciwością) lub wypadkową kompromisu między nimi,

- występuje konflikt między postawą a presją środowiska (Mądrzycki, 1997).

W odniesieniu do analizowanych zachowań seksualnych szczególnie istotny może być konflikt między postawą i potrzebą oraz postawą jednostki i presją środowiska. Nie bez znaczenia są tu z pewnością błędne przekonania normatywne, które funkcjonując w grupie rówieśniczej mogą wpływać na ryzyko podejmowanej przez jednostkę aktywności seksualnej.

4.4.3. Postawy studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego a wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem

W celu przewidywania wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem wśród studentów przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji metodą krokową. W pierwszej kolejności wprowadzono do modelu komponenty postawy (emocjonalny, poznawczy i behawioralny), zmienną postawa (wynik ogólny), a w drugiej kolejności zmienne wiek respondenta, wiek inicjacji seksualnej i liczbę dotychczasowych partnerów seksualnych.

predyktory	Wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem (cała próba)			
	R ²	Skorygowane R ²	F	beta
Komponent behawioralny	,09	,08	15,24*	,291*
Komponent behawioralny	,14	,13	13,45*	,223*
Wiek inicjacji seksualnej				,247*
Komponent behawioralny	,17	,15	11,02*	,207*
Wiek inicjacji seksualnej				,281*
Wiek respondenta				-,169*

Tabela 37. Predyktory wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem wśród studentów (*p < 0,05).

Uzyskane wyniki w całej badanej próbie wskazują na trzy istotne predyktory. Model uwzględniający trzy predyktory okazał się być dobrze dopasowany do danych ($F(3,163) = 11,02; p < 0,05$). Wiek inicjacji seksualnej ($\beta = 0,28; p < 0,05$) i komponent behawioralny postawy ($\beta = 0,21; p < 0,05$) (zależność dodatnia) okazały się silniejszymi predyktorami niż wiek respondenta ($\beta = -0,17; p < 0,05$) (zależność ujemna). Łącznie te trzy predyktory wyjaśniają 15% wariacji zmiennej zależnej. Interpretując uzyskane wartości współczynników można stwierdzić, że im młodsze były osoby badane i im wyższe wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego, oraz im późniejszy wiek ich inicjacji seksualnej, w tym większym stopniu wypełniają kryteria zdrowia seksualnego związane z relacją z partnerem. Model można zapisać w postaci równania matematycznego:

$$\hat{Y} = 0,35 \times \text{komponent behawioralny} + 0,09 \times \text{wiek inicjacji seksualnej} + (-0,04) \times \text{wiek respondenta}$$

W grupie studentów polskich uzyskane wyniki wskazują na dwa istotne predyktory wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem. Wyniki analiz zaprezentowane zostały w tabeli nr 38. Model uwzględniający dwa predyktory okazał się dobrze dopasowany do danych ($F(2,74) = 13,11; p < 0,05$). Łącznie predyktory te wyjaśniają 24% wariacji zmiennej zależnej. Komponent behawioralny postawy okazał się silniejszym predyktorem ($\beta = 0,34; p < 0,05$) wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem niż wiek inicjacji seksualnej ($\beta = 0,28; p < 0,05$). Interpretując wartości uzyskanych współczynników można stwierdzić, że im później studenci polscy podejmują aktywność seksualną oraz im wyższe wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec

zdrowia seksualnego, w tym większym stopniu wypełniają kryteria zdrowia seksualnego związane z relacją z partnerem. Model można zapisać w postaci równania matematycznego:

$$\hat{Y} = 0,56 \times \text{komponent behawioralny} + 0,10 \times \text{wiek inicjacji seks.}$$

predyktory	Wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem (Polska)			
	R ²	Skorygowane R ²	F	beta
Komponent behawioralny	,19	,18	17,54*	,435*
Komponent behawioralny	,26	,24	13,11*	,342*
Wiek inicjacji seksualnej				,284*

Tabela 38. Predyktory wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem w grupie studentów z Polski (*p < 0,05).

W grupie studentów francuskich żaden predyktor nie został wprowadzony do modelu.

Komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego okazał się być istotnym predyktorem wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem (w całej badanej próbie i osobno dla grupy studentów z Polski). Można to wyjaśnić przez odniesienie do metodologicznego moderatora związku postawa-zachowanie, jakim jest dopasowanie miar obu zmiennych. A zatem, być może w wyższym stopniu został tu spełniony warunek zbliżenia szczegółowości obu miar.

W rozumieniu autorów TRA - obok postaw istotnym predyktorem zachowania jest norma subiektywna. Na intencję zachowania (a w konsekwencji na samo zachowanie) wpływa zatem norma subiektywna, na którą składają się przekonania dotyczące oczekiwań innych osób oraz dążenie do podporządkowania się tym oczekiwaniom. O ile w przypadku ryzyka zachowań seksualnych studentów mogło

dochodzić do konfliktu między oczekiwaniami różnych środowisk socjalizacji, o tyle w przypadku wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego te oczekiwania mogą być bardziej spójne, co może stanowić wyjaśnienie uzyskanych wyników.

4.5. PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Wpływ na kształtowanie systemu postaw i wzorów zachowań mają czynniki biologiczne, osobowościowe, społeczno-kulturowe jak i te związane z indywidualnym doświadczeniem jednostki. Dotyczy to również aktywności seksualnej i postaw wobec różnych aspektów seksualności. Zgodnie z socjo-ekologicznym modelem zdrowia, internalizację i wcielenie postaw w praktykę analizować należy w kontekście szerokich powiązań jednostki z otoczeniem. Z perspektywy przedstawionych analiz szczególnie istotne wydają się zarówno postawy studentów wobec zdrowia seksualnego, jak i wybrane elementy ich biografii seksualnej. W interpretacji uzyskanych rezultatów nie sposób jednak nie uwzględnić całego szeregu czynników zewnętrznych wobec jednostki. Jak wynika z niniejszych analiz - badani studenci z Polski i z Francji różnią się nie tylko postawami wobec zdrowia seksualnego, ale także aktywnością seksualną i jej istotnymi predyktorami. Zaproponowana poniżej eksplikacja wykazanych różnic w badanej grupie studentów z Polski i Francji odnosi się do sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz szerszego kontekstu edukacyjnego i kulturowego badanych studentów.

Nazywane <rewolucją seksualną>, gwałtowne przemiany seksualności, jakie miały miejsce w XX wieku dotyczyły tak w sfery postaw, jak i zachowań. Znajdują one swoje odbicie również w funkcjonowaniu współczesnych młodych dorosłych w Polsce i Francji, choć każdy z krajów charakteryzuje się odmienną specyfiką.

W latach 60-tych Europę Zachodnią, w tym Francję zalała fala liberalizacji obyczajowej i komercjalizacji seksu. Ideologia wyzwolonej miłości jako wyraz kontestacji narzuconego przez pokolenie dorosłych porządku stała się wizytówką ruchu hipisów. W latach 60-tych wraz z ideologią kontrkultury i wynalezieniem tabletki antykoncepcyjnej, młode pokolenie całkowicie zakwestionowało dominujące dotychczas w społeczeństwie zasady regulujące seksualność. Jak pisze Melosik - <seksualne wyzwolenie>, które nastąpiło w latach 60-tych, przekształciło się w kolejnej dekadzie w <seksualny hedonizm>, powraca wówczas idea <seksu rekreacyjnego>, oderwanego od prokreacji i co więcej - od miłości, którego celem jest przyjemność sama w sobie (Melosik, 2010, s. 177). W Polsce rewolucja seksualna lat 60-tych nie przebiegała z taką intensywnością, jak w krajach Europy Zachodniej. Seksualność, szczególnie zaś seksualność człowieka wciąż stanowiła tabu, co zmieniło się dopiero na początku lat 90-tych.

We Francji popularność prądów wolnościowych miała szerokie reperkusje w wielu obszarach funkcjonowania. Lata 70-te we Francji, to nie tylko widoczne oddzielenia seksu od jego prokreacyjnej funkcji, ale także uchwalenie Prawa Veil, które otworzyło drogę do legalnej aborcji dla kobiet <w rozpaczliwej sytuacji> (Interruption Volontaire de Grossesse – IVG). Obecnie we Francji wskaźnik aborcji wynosi 9,6 na 1000 dziewcząt w wieku 15-17 lat i 26,7 na 1000 w wieku 20-24 lat (Godeau i inni, 2008; Pelège, Picod, 2006). Jeśli chodzi o wskaźniki aborcji w Polsce, to nie są one rzetelne, gdyż nie uwzględniają tzw. <podziemia aborcyjnego> oraz zabiegów dokonywanych przez Polki poza granicami kraju. Zgodnie ze Sprawozdaniem Rady Ministrów w Polsce w 2009 roku zarejestrowano 538 zabiegów przerywania ciąży (Sprawozdanie Rady Ministrów, 2010). Jest to liczba mniejsza niż we Francji, do czego przyczynia się niezaprzeczalnie brak dopuszczalności aborcji z tzw.

<przyczyn społecznych>, będący wynikiem zaostrzenia przepisów regulujących tę kwestię (w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 roku).

Przemiany legislacyjne i społeczno-kulturowe w obu krajach znajdują zatem swoje odzwierciedlenie w statystykach legalnych aborcji. Poza tym, nie pozostają z pewnością bez wpływu na stosowanie antykoncepcji, w tym antykoncepcji postkoitalnej. Popularność tej formy antykoncepcji jest wyższa we Francji, gdzie od 1999 roku „pigulka po” (*la pilule du lendemain*) dostępna jest bez recepty. W 2005 roku we Francji 13,7% aktywnych seksualnie kobiet w wieku 15-54 lat przyznało się do stosowania tej formy antykoncepcji (Beck, Guilbert, Gautier, 2006). Jeszcze większy odsetek osób deklarujących używanie antykoncepcji postkoitalnej odnotowywany został w badaniu HSBC wśród francuskich uczniów (14,2% uczniów we Francji, w Polsce brak tej opcji odpowiedzi) (Godeau, 2008a). Jak dowodzą analizy empiryczne, stosowanie antykoncepcji postkoitalnej stanowi czynniki ryzyka wzrostu liczby partnerów seksualnych (Kuortii, Kosunen, 2009). Popularność tej formy antykoncepcji oraz aborcji, mimo oczywistych zalet, może - w świetle modelu kompensacji ryzyka - paradoksalnie potęgować częstotliwość zachowań ryzykownych. Zgodnie z tym modelem, w sytuacji, w której istnieją technologie i środki zwiększające poczucie bezpieczeństwa jednostka będzie skłonna podejmować większe ryzyko (Grzelak, 2006; por. Godeau et al., 2008). Dla porównania w badaniu HSBC wśród polskich uczniów 8,4% młodzieży szkolnej zadeklarowało używanie naturalnych metod planowania ciąży (we Francji taka opcja odpowiedzi nie została uwzględniona) (Godeau, 2008a).

Przemiany w sferze seksualności nie mogą być analizowane w izolacji od danych na temat liczby zawieranych małżeństw

i rozwodów. Analizy empiryczne dowodzą, że struktura rodziny i postawy wobec członków rodziny są determinantami zdrowia seksualnego (Kotchik i inni, 2001, za: Boyce i inni, 2006). Według behawioralno-ekologicznego modelu zachowań, o ryzykownej aktywności seksualnej jednostki możemy wnioskować na podstawie szeregu czynników związanych z jej sytuacją rodzinną. Wzrost ryzyka zachowań mających negatywne konsekwencje dla zdrowia seksualnego wiązany jest z takimi czynnikami, jak rodzina monoparentalna, rozwód, separacja, nieobecność ojca w domu (Carr, 2004; Benoit, Dragon i inni, 2003; Godeau, 2008b). We Francji w 1975 roku zostały zliberalizowane przepisy zezwalające na rozwód za obustronną zgodą małżonków (ze względu na ustanie wspólnego pożycia). Te przemiany sprawiły, że nie tylko zwiększyła się liczba rozwodów we Francji, ale także spadła liczba zawieranych małżeństw. Aktualnie we Francji 1/3 związków pozostaje bez ślubu, a więcej jak połowa dzieci rodzi się w związkach pozamałżeńskich (zgodnie z art. 334 kodeksu cywilnego mają one równe prawa, jak dzieci ślubne) (Bajos, Bozon, 2008; Lagrange, 1999). W Polsce, głównie za sprawą dominacji wartości katolickich, ale też odmiennego kontekstu społeczno-kulturowego i ekonomicznego, małżeństwo pozostaje wciąż popularną formą związku. Mimo wzrostu liczby związków nieformalnych i rozwodów, w rodzinach pełnych wychowuje się tu ponad 82% młodych osób w wieku 15-19 lat (Wróblewska, 2006). Tendencje do wyboru małżeństwa jako formy związku dominują także wśród młodych Polaków. Z badań przytaczanych przez Wróblewską wynika, że 82% młodych osób planuje w przyszłości małżeństwo, a jedynie 5% planuje żyć w związku nieformalnym (Wróblewska, 2006). Zmienia się jedynie podejście młodych Polaków do kohabitacji, która staje się coraz bardziej popularna. Według analiz Wróblewskiej 68,4% nastolatków w Polsce

planuje małżeństwo z wcześniejszym wspólnym zamieszkaniem, za małżeństwem bez kohabitacji opowiada się tylko 14% z nich. Oprócz tego, polscy studenci stosunkowo rzadko decydują się na mieszkanie ze swoim partnerem (3% mężczyzn i 5% kobiet w badaniach Wróblewskiej, 12% studentów badanych przez Waszyńską), a statystyki są w tym obszarze porównywalne do studentów z Bułgarii i Rumunii (Wróblewska, 2007; Waszyńska, 2003). Dla porównania, we Francji aż 15,3% studentów żyje w związkach kohabitacyjnych a 6% pozostaje w związkach zalegalizowanych (małżeństwo, PACS) (<http://overnational.education.fr/enquete/2006>).

Ten społeczno-kulturowy kontekst może tłumaczyć różnice w statystykach dotyczących życia seksualnego obu analizowanych grup, szczególnie że w funkcjonowaniu młodych dorosłych wyraźnie zarysowuje się dysocjacja aktywności seksualnej od instytucji małżeństwa (Levinson, 1997). Jak wynika z badań, obok charakteru związku z partnerem, również rodzaj lokum może różnicować zachowania seksualne. Okazuje się, że amerykańscy studenci mieszkający w akademikach koedukacyjnych charakteryzują się większą częstotliwością aktywności seksualnej oraz wyższą średnią liczbą partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku w porównaniu ze studentami z akademików jednopłciowych (Willoughby, Jason, Carroll, 2009). Tanfer i Cubbins w swoich analizach dowodzą, że wspólne zamieszkanie z partnerem seksualnym jest czynnikiem różnicującym częstotliwość stosunków genitalnych (Tanfer, Cubbins, 1992). Ciekawe w tym kontekście są dane na temat miejsca zamieszkania polskich i francuskich studentów. W Polsce większość, bo 96,6% osób w wieku 18-24 lat pozostających poza małżeństwem mieszka w domu rodzinnym, a tylko 34% małżonków w tym wieku dysponuje niezależnym od rodziców lokum. Jedynie 1,6% osób w tym wieku mieszka z partnerem,

który nie jest małżonkiem (Wróblewska, 2007). Dla porównania - spośród studentów francuskich 43% wciąż mieszka z rodzicami (Orr, Schnitzer, Frackmann, 2008; Faure, 2004). Średni wiek opuszczenia domu rodzinnego w Polsce (23,6 lat) jest jednym z najwyższych w Europie (wyższe są jedynie w Hiszpanii i we Włoszech) (Wróblewska, 2007). Z powyższych danych można wyciągnąć wniosek, że studenci w Polsce są w nieznacznym stopniu uniezależnieni od swoich rodziców w zakresie miejsca zamieszkania i źródła utrzymania. Wynika to z czynników obyczajowych, ale też ekonomicznych. Charakterystyka funkcjonowania młodych dorosłych w Polsce wskazuje na wciąż wysoką stopę bezrobocia. Stopa bezrobocia w grupie wiekowej 15-24 wynosi we Francji 18,7 %, w Polsce natomiast 21,7 % (GUS, 2010), Relatywnie wyższe niż we Francji koszty życia (w tym ceny nieruchomości), mogą tłumaczyć różnice między grupami zarówno w zakresie miejsca zamieszkania, ale także postaw i zachowań. Jak podkreśla Lew-Starowicz - im wyższy standard materialny i im wyższy poziom wykształcenia, tym większa otwartość na przemiany obyczajowe, także w obszarze seksualności (Lew-Starowicz, 1994, 2002).

Obok uwzględnienia szerokich uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, różnice między analizowanymi grupami tłumaczyć można w odniesieniu do sfery aksjologiczno-wyznaniowej. Mimo tego, iż w Polsce począwszy od lat 70-tych XX wieku, w odpowiedzi na proces laicyzacji świata zachodniego i rewolucję seksualną, upowszechnił się liberalny stosunek do seksualności człowieka, wciąż jednak religia pozostaje istotnym czynnikiem mogącym determinować zachowania i postawy seksualne (w populacji polskiej, według różnych statystyk, 95% stanowią katolicy). Według modelu behawioralno-ekologicznego, wzrost ryzyka zachowań mających negatywne konsekwencje dla zdrowia seksualnego związany jest z brakiem odniesienia do wyrazistego

i stabilnego systemu wartości oraz brakiem zaangażowania religijnego (Szymańska, 2002; Bersamin i inni, 2006; Deptuła, 2005; Godeau i inni, 2008). Jak się okazuje stosunek do religii jest czynnikiem różnicującym nie tylko moment inicjacji, ale też inne zachowania seksualne, jak używanie antykoncepcji, częstotliwość stosunków genitalnych, częstotliwość stosunków seksualnych z użyciem przemocy (Coelman, Testa, 2008; Dodge i inni, 2005; Lagrange, Lhomond, 1997; Tanfer, Cubbins, 1992; Waszyńska, 2003). Przykładowo - w grupie studentów badanych przez Wróblewską proporcja osób po inicjacji, którzy przywiązują małą lub żadną wagę do religii do tych, dla których religia jest bardzo ważna wynosi 75% do 35% (Wróblewska, 2006; por. Bozon, Kontula, 1997). Bozon tłumaczy polski model inicjacji seksualnej: model w którym następuje międzyplciowe zrównanie kalendarza dość późnej aktywności seksualnej, właśnie dominacją wartości katolickich (Bozon 2003).

We Francji z kolei wyraźnie zauważalne jest osłabienie roli Kościoła jako propagatora wiedzy i postaw wobec seksualności. Tendencję tę wzmacnia szeroka transformacja społeczna popierana zmianami legislacyjnymi, takimi jak Prawo Veil sankcjonujące aborcję, czy dostępność darmowej antykoncepcji (Bajos, Bozon, 2008). W badaniu CSF 43% Francuzów w wieku 18-34 zaklasyfikowało siebie do grupy niewierzących (Bozon, 2008). Proces laicyzacji we Francji sprawił, że rola przekazów religijnych nie jest odzwierciedlana w życiu osób wierzących, a znaczenie zakazów religijnych dotyczących seksualności jest zauważalne w dużym stopniu jedynie w społeczności muzułmańskiej (Bajos, Bozon, 2008).

Poziom religijności może być przydatny przy analizie postaw i zachowań studentów, jednak specyficzny charakter obrazu seksualności w Polsce wynika również z przemian najnowszej historii:

politycznych i społeczno-gospodarczych. Polska, podobnie jak inne kraje Centralnej i Wschodniej Europy przeszła transformację ustrojową, która nie pozostała bez wpływu na wskaźniki ekonomiczne, socjalne, kulturowe oraz demograficzne. Dotyczy to również studentów, którzy wychowywali się w sytuacji napięcia, niepewności, anomii, w kontekście nieznanym pokoleniu ich rodziców. W populacji młodych dorosłych szok spowodowany transformacją i jego następstwa, trudności ze znalezieniem dogodnego wspólnego zakwaterowania, przedłużająca się średnia długość okresu edukacji oraz wzrastające trudności z pogodzeniem roli zawodowej i rodzinnej miały swoje odzwierciedlenie we wskaźnikach demograficznych (malejąca liczba ślubów i urodzeń od początku XXI wieku) (Wróblewska, 2007, s.160). Na spadek wskaźnika dzietności w Polsce (do 1,34 w 2000 roku) wpłynęły nie tylko trudności w sferze socjalnej i ekonomicznej, ale również likwidacja i prywatyzacja wielu form wsparcia społecznego, w tym instytucji opieki nad dziećmi w latach 90-tych. W rozpatrywaniu wskaźników demograficznych uwzględnić należy także przemiany obyczajowości. Zmiana systemu postaw i wartości dotyczy szczególnie młodych kobiet w przedziale wiekowym 20-24 i 25-29 lat (Grant i inni, 2004, Bajos, Bozon, 2008). Obserwowalny u nich wzrost aspiracji edukacyjnych i zawodowych ma wpływ na podwyższenie średniego wieku urodzenia dziecka, który w 2008 roku wyniósł w Polsce ponad 28 lat (wobec niespełna 26 lat na początku lat 90-tych), we Francji zaś 29,4 lata (Grant i inni, 2004; GUS, 2010). W porównaniu z innymi krajami Europy, w tym z Polską, Francja ma stosunkowo wysoki wskaźnik dzietności. W 2001 roku wskaźnik 1,9 plasował Francję na drugim miejscu zaraz za Irlandią. Wiąże się to głównie z wysokimi wskaźnikami urodzeń wśród imigrantów (w niniejszych analizach nie byli oni uwzględnieni) i polityką rodzinną,

której domeną jest koncentracja na trzecim dziecku i zrównoważenie macierzyństwa z zatrudnieniem (Grant i inni, 2004).

Transformacja ustrojowa w Polsce wpłynęła również na funkcjonowanie sektora edukacji. Jak podkreśla Stulhofer - na początku lat 90-tych w Polsce zauważalne były niedostatki w rozwoju efektywnej profilaktyki seksualnej wynikające z konieczności alokacji sił i środków na inne obszary życia zaniedbane przed transformacją ustrojową (Stulhofer, i inni, 2007). W Polsce gwałtowne przemiany polityczne na przełomie 1989/1990 roku i upadek gospodarki centralnie planowej miały również swoje konsekwencje w zakresie zdrowia i korzystania z służby zdrowia. Zaniedbana sfera służby zdrowia, przy częstej wyuczzonej bezradności i postawie roszczeniowej wobec jej przedstawicieli znalazły odzwierciedlenie we wskaźnikach stanu zdrowia Polaków, odbiegających od średnich europejskich. Ta rozbieżność jest szczególnie zauważalna w odniesieniu do zdrowia reprodukcyjnego (por. WHO, 2001). Różnice w zdrowiu i poziomie opieki zdrowotnej między krajami Europy Zachodniej o gospodarce wolnorynkowej, a krajami Centralnej i Wschodniej Europy mogą stanowić wytłumaczenie odmienności w postawach i zachowaniach seksualnych analizowanych grup. Jak dowodzą badania - obecność instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form pomocy zdrowotnej i socjalnej oraz dostępność do nich ma istotny związek z poziomem zdrowia seksualnego (Boyce i inni, 2006).

Transformacja polityczno-gospodarcza i szerokie przemiany społeczne w Polsce wpłynęły niewątpliwie na sferę postaw i zachowań seksualnych. Dla projektowania i realizacji skutecznych działań w zakresie promocji zdrowia seksualnego istotne jest jednak uchwycenie tendencji, które będą kształtować postawy i zachowania młodych dorosłych w przyszłości. Jak pokazują analizy

statystyczne, od połowy lat 90-tych tendencje różnicujące seksualność młodych Polaków w z innymi nacjami nie są już tak wyraziste. Zachowania seksualne polskich nastolatków z lat 90-tych (a zatem aktualnych młodych dorosłych) świadczą o znaczących przemianach w ich postawach w kierunku liberalizacji. Wskazują na to wyniki badań - w latach 1990-1998 zwiększył się odsetek młodzieży w wieku 15 lat, która ma już za sobą doświadczenie inicjacji seksualnej (22% w 1990 roku do 43% w 1998 roku) (Wojnarowska, Szymańska, Mazur, 2001). Z badań Wróblewskiej przeprowadzonych w 1996 roku wynika, że doświadczenia seksualne ówczesnych 17-latków są porównywalne z doświadczeniami ich rodziców w wieku 19 lat. Część wskaźników zachowań seksualnych młodych Polaków jest porównywalna z Rosjanami (pierwszy pocałunek), Włochami (stosowanie antykoncepcji, okoliczności inicjacji seksualnej, kohabitacja), Francuzami (wiek pierwszego związku) (Wróblewska, 2007). Wykazywane we wcześniejszych badaniach komparatywnych różnice powoli się zacierają, co widać zarówno w obrębie zachowań, jak i postaw. Badania wśród wyznawców religii katolickiej w Polsce świadczą o stopniowym odejściu od zasad etyki seksualnej. Dla przykładu - 68,7% Polek i 78,8% Polaków uważa, że kobieta nie musi zachować dziewictwa do ślubu (w porównaniu do 34% badanych w 1988 roku), akceptowane są również środki antykoncepcyjne, rozwody oraz związki partnerskie (Pawlina, 1998, por. Lew-Starowicz, 1993). Przemiany w sferze aksjologicznej wiązać można nie tylko z szerszym kontekstem przemian społeczno-kulturowych, ale przede wszystkim ze stopniową sekularyzacją i indywidualizacją moralności. Jak zauważa Melosik - zmiana stosunku młodego pokolenia do religii wpisuje się w tendencję odejścia od wielkich idei organizujących myślenie i działanie. Religia nie jest już metanarracją wokół której koncentruje się życie; stała się tylko jedną z kulturowych

ofert (Melosik, 2001, s.23). W takim kontekście, odejście od etyki chrześcijańskiej prowadzi do tzw. etyki indywidualnego sumienia, w której jednostka stanowi kryteria dobra i zła we własnym zakresie (Gola, 2008).

W dzisiejszym zunifikowanym świecie zauważalne są pewne tendencje, które w sposób szczególny dotyczą młodego pokolenia niezależnie od miejsca zamieszkania. Znakiem czasów stała się rewolucja technologiczna, wykorzystywana w dziedzinie transportu i komunikacji. W efekcie zmniejszyło się znaczenie odległości, których pokonywanie pochłania znacznie mniej czasu i środków finansowych. Dzięki nowoczesnej technologii komunikacja z dowolnie wybraną osobą jest dostępna praktycznie w każdym momencie, czy to w sensie wirtualnym czy w sensie rzeczywistym. Dzięki rozwojowi technologii i komunikacji McLuhanowska *<globalna wioska>* znajduje w pełni swoje urzeczywistnienie, co ma wpływ na stopniową unifikację doświadczeń życiowych studentów w Polsce i we Francji. Współczesne pokolenie nastolatków i młodych dorosłych w sposób wyraźny oddzieliło seksualność od aspektu związanego z reprodukcją, co widać we wskaźnikach stosowania środków antykoncepcyjnych. W funkcjonowaniu młodych dorosłych nastąpiła również dysocjacja aktywności seksualnej od instytucji małżeństwa (Levinson, 1997). W zakresie wieku inicjacji seksualnej w ciągu ostatnich dziesięcioleci średnia dla populacji spadała, by w końcu osiągnąć względną stabilizację. Przykładowo - we Francji na przestrzeni ostatnich 50 lat średni wiek inicjacji seksualnej spadł z 20,6 roku życia dla kobiet i 18,8 dla mężczyzn urodzonych w 1953 roku do odpowiednio 17,2 i 17,6 dla osiemnastolatków badanych w 2005 roku (Bozon, 2003). Wyraźnie zauważalne jest również stopniowe wyrównywanie wieku inicjacji seksualnej kobiet i mężczyzn. Jak konstatuje Lagrange od końca XX wieku uwidacznia się

jeszcze jedna tendencja - zwiększenie tempa przechodzenia do kontaktu genitalnego w odniesieniu do generacji przy jednoczesnym jego opóźnieniu w odniesieniu do jednostki. We Francji od momentu kiedy inicjacja seksualna staje się doświadczeniem 10% generacji młodzieży do momentu inicjowania przez 80% tej grupy mija niespełna 3,5 roku w porównaniu z przedziałem 10 lat na początku XX wieku. Z drugiej strony dla jednostkowego doświadczenia charakterystyczne staje się wydłużanie przedziału czasowego dzielącego pierwszy pocałunek i formy pregenitalne od samego aktu seksualnego (Lagrange, 1997a, s. 119). Spośród badanych we Francji nastolatków przed 18 rokiem życia 8,1% miało za sobą doświadczenie pettingu, a 2% seksu oralnego (Warszawski, 1997). We Francji w ciągu ostatnich 50 lat obniżył się o około 3 lata (do około 14 roku życia) średni wiek pierwszego pocałunku (z penetracją), który jest uznawany za istotny element inaugurujący fazę pregenitalną (Bozon, 2008, s. 122). Coraz bardziej zauważalny jest zatem model polegający na opóźnianiu stosunku genitalnego przy jednoczesnym wzroście popularności innych form aktywności seksualnej, z seksem oralnym i analnym włącznie. Może to wynikać z przekazu religijnego (np. nakaz zachowania dziewictwa do ślubu), szczególnie wśród katolików i muzułmanów). Wiązać to można również z oddziaływaniem prewencyjnym w zakresie HIV/AIDS, szczególnie z popularnym obecnie tzw. uogólnionym modelem prewencji w zakresie HIV/AIDS („ABC”). Zgodnie z nim „A” oznacza propagowanie abstynencji seksualnej („safe sex”), „B” („be faithful”, „safer sex”) wiąże się z zachowaniem wierności i podejmowaniem bezpieczniejszych form aktywności seksualnej, a „C” („condoms”) dotyczy stosowania prezerwatyw (Grzelak, 2008; por. Lew-Starowicz, Szczerba, 1995; Kay, 1996). Takie tendencje wpływają również z banalizacji seksualności w mediach, zwłaszcza w odniesieniu do pornografii (Pelège, Picod,

2006). Przekazy normatywne regulujące sferę seksualności, które dawniej płynęły z jasno określonych i dysponujących pewnymi formami nacisku źródeł socjalizacji (państwo, społeczeństwo, kościół, rodzina) dziś stają się coraz bardziej rozproszone (służba zdrowia, psychologowie, inni specjaliści, media, Internet, ruchy społeczne) i nie wywołują już bezpośredniego wpływu na jednostkę (Bajos, Bozon, 2008, s. 591). Jak zauważa Melosik seksualizacja życia w społeczeństwie konsumpcji prowadzi do rezygnacji z represjonowania wielu (zakazanych dotąd) form ekspresji seksualnej i do poszukiwania na tej płaszczyźnie przyjemności <nieustannej i totalnej> (...).W związku z tym - jak podkreśla autor - młodzież znajduje się w swoistej <pułapce kulturowej>. Oto narastającej (medialno-popularnej) presji na rzecz prowadzenia udanego, intensywnego i ekscytującego życia seksualnego towarzyszy inny jasny przekaz: niekontrolowany seks może przynieść śmierć (Melosik,2010, s. 178).

W kontekście społeczno-kulturowym, w którym dorasta współczesny nastolatek nasila się dążenie do natychmiastowej przyjemności, która jest często uzyskiwana za pomocą środków psychoaktywnych. Ma to wpływ na aktywność studentów odniesioną do zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Czynniki ryzyka wiążą się ze sobą tworząc tzw. „ścieżki ryzyka”, a zachowania ryzykowne mają tendencję do współwystępowania (Deptuła, 2005). Badania dowodzą, że istnieje korelacja między wczesną inicjacją seksualną, a częstym upijaniem się (przeważnie u mężczyzn), używaniem amfetaminy (przeważnie u kobiet) i paleniem papierosów (Hendler, s.271; por. Izdebski; Szymańska, 2002). Używanie substancji psychoaktywnych jest w związku z tym uznane za jeden z najistotniejszych czynników wzrostu zagrożenia wirusem HIV oraz STD/STI. Tym bardziej niepokoić powinny dane, które obrazują popularność substancji psychoaktywnych wśród

studentów w Polsce i we Francji, i wobec których programy promocji zdrowia seksualnego nie powinny pozostać obojętne.

Wnioski, postulaty dla praktyki pedagogicznej:

Podstawowe założenia niniejszej pracy skupione zostały wokół pojęć: zdrowie seksualne, postawy wobec zdrowia seksualnego, aktywność seksualna. Przedmiotem pracy było między innymi opisanie postaw studentów w Polsce i we Francji wobec zdrowia seksualnego oraz opisanie ich aktywności seksualnej. Jak wynika z przeprowadzonych badań studenci w Polsce (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) i we Francji (Uniwersytet Pierre Mendès w Grenoble):

- w większości są aktywni seksualnie. Spośród badanych studentów 70% uprawiało masturbację w ciągu ostatnich 12. miesięcy (62,7% spośród badanych Polaków i 78,6% Francuzów). Zachowania seksualne z partnerem podejmuje w sumie 76,7% (63,6% badanych studentów z Polski i 92,9% studentów z Francji). Przy analizie aktywności seksualnej z partnerem i aktywności autoseksualnej różnice ze względu na kraj pochodzenia okazały się istotne statystycznie. W przypadku obu zmiennych wyższe wskaźniki dotyczyły badanej populacji we Francji.
- rozpoczęli aktywność seksualną średnio w wieku 17,57 lat. Średni wiek inicjacji seksualnej badanych studentów wyniósł 18,38 lat w odniesieniu do badanych studentów w Polsce i 16,88 lat dla studentów we Francji (różnice ze względu na kraj pochodzenia są istotne statystycznie)
- w dotychczasowej biografii seksualnej mieli średnio 4,80 partnerów seksualnych (6,03 dla studentów we Francji i 3,36 dla studentów

w Polsce). Między grupami występują istotne statystycznie różnice ze względu na kraj pochodzenia

- w większości uzyskują wysokie wyniki w zakresie satysfakcji z podejmowanej aktywności seksualnej. Ogółem 54% studentów osiąga wysokie wyniki w zakresie satysfakcji z zachowań seksualnych. Niskie wyniki w zakresie tej zmiennej osiąga 46% badanych respondentów (w odniesieniu do tego aspektu seksualności nie występują istotne statystycznie różnice ze względu na zmienna kraj pochodzenia),
- podejmują ryzykowne zachowania seksualne, które są częstsze w populacji studentów we Francji - ryzyko aktualnie podejmowanej aktywności seksualnej w badanej grupie studentów jest wysokie odniesieniu do 48,9% badanych studentów (48,4% studentów w Polsce i 66,3% studentów we Francji) i niskie przypadku 36,5% (odpowiednio 51,6% i 33,7%). W tym zakresie różnice między populacją badanych studentów w Polsce i we Francji są istotne statystycznie,
- uzyskują zróżnicowane ze względu na kraj pochodzenia rezultaty w zakresie stosowania prezerwatyw podczas aktywności seksualnej. Regularnie po prezerwatywę w trakcie stosunków genitalnych sięgało w ciągu ostatniego roku 36,4% badanych studentów z Polski i 26,4% studentów z Francji, W odniesieniu do stosunków analnych odsetek ten wyniósł odpowiednio 1,3% i 6,6%. Wśród badanych studentów odsetek osób, które nie używały prezerwatywy w trakcie kontaktów genitalnych podejmowanych w ciągu ostatniego roku wyniósł 13% w Polsce i 21% we Francji. W odniesieniu do aktywności analnej odpowiedź taką zaznaczyło odpowiednio 17% badanych Polaków i 22 % Francuzów,
- wskazują na różne przyczyny rezygnacji z używania prezerwatyw w czasie aktywności seksualnej podejmowanej w ciągu ostatniego roku. Prezerwatywa była często zamieniana na antykoncepcję hormonalną

(odpowieź taką zaznaczyło 9,1% Polaków i 4,1 % Francuzów). Kategoria „inne metody antykoncepcji”, która mogła oznaczać wybór metod naturalnych została wskazana przez czterech studentów z Polski (brak wskazań w badanej grupie studentów francuskich). Rezygnacja z prezerwatywy umotywowana planami prokreacyjnymi dotyczy 1,7% studentów z Polski (w grupie Francuzów taka odpowiedź nie padła). Kategoria „stały partner” została zaznaczona przez 4,6% respondentów (4,1% studentów z Polski i 5,1% studentów z Francji). Pozostałe przyczyny rezygnacji z prezerwatywy wymieniane przez studentów, to: przyjemność (5% wskazań), spontaniczność (2,3% wskazań), chęć urozmaicenia życia seksualnego (1,8% odpowiedzi). Z powodu braku wiary w skuteczność prezerwatywy nie używało jej 4,1% studentów z Polski i 1% studentów z Francji. Co warto podkreślić, najczęstszą przyczyną rezygnacji z prezerwatywy w trakcie aktywności seksualnej okazał się dla studentów brak dostępności do niej. Trudności ze zdobyciem prezerwatywy są większe w grupie studentów z Polski (9,9% w porównaniu z 3,1% wskazań wśród badanych Francuzów) (różnice istotne statystycznie). Wykonanie testu w kierunku HIV było przyczyną rezygnacji z użycia prezerwatywy u 12,2% badanych Francuzów i u niespełna 2% Polaków (różnice ze względu na kraj pochodzenia są istotne statystycznie).

- uzyskali wysokie wyniki w zakresie zmiennej wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem w 53% przypadkach (52,3% dotyczy studentów w Polsce, 45,1% studentów we Francji). Niskie wyniki w zakresie zmiennej otrzymano w przypadku 47% badanych (odpowiednio 37,7% badanych w Polsce i 54,9% we Francji) (różnice między analizowanymi grupami są istotne statystycznie),

- przejawiają zróżnicowane postawy wobec zdrowia seksualnego, przy czym studentów we Francji częściej charakteryzują postawy negatywne (70,4% studentów we Francji w porównaniu do 31,6% studentów w Polsce) (różnice między analizowanymi grupami są istotne statystycznie),
- uzyskali zróżnicowane ze względu na kraj pochodzenia wyniki w zakresie zmiennej komponent poznawczy postawy wobec zdrowia seksualnego. Wysokie wyniki dotyczą łącznie 44,7% studentów (57,73% studentów w Polsce i 33,7% studentów we Francji). Niskie wyniki w zakresie zmiennej komponent poznawczy postawy wobec zdrowia seksualnego otrzymano w przypadku 55,3% badanych (odpowiednio 46,3% badanych w Polsce i 66,3% we Francji).
- w odniesieniu do wskaźnika WHO PI 1, który pozwala w sposób syntetyczny określić poziom wiedzy respondentów o efektywnych sposobach zapobiegania HIV/AIDS uzyskali wynik: 0,97 (studenci w Polsce) i 0,95 (studenci we Francji) (przedział teoretyczny 0-1),
- korzystają z różnorodnych źródeł informacji o seksualności. Najczęściej wskazywanym źródłem informacji o seksualności okazali się znajomi/przyjaciele (63,5% wskazań). Na drugim miejscu znalazły się media (59,4% wskazań) (częściej wybierane przez studentów w Polsce), zaraz po nich lekarz (49,3%). Popularne źródło uświadomienia seksualnego stanowią również partnerzy (48,4% wyborów). Z literatury i prasy fachowej korzysta w sumie 33,3% studentów. Nieco częściej wiedzę o seksualności studenci czerpią z literatury i prasy popularnonaukowej. W zakresie korzystania z literatury (specjalistycznej i popularnonaukowej) zauważono istotne statystycznie różnice między respondentami w Polsce i we Francji, przy czym częściej do tych źródeł odwoływali się badani studenci w Polsce. Dodatkowo, zauważono

niewielki udział członków rodziny w zakresie uświadamiania seksualnego. Wśród respondentów z Polski kategorię matka wybrało jedynie 34,7%, a we Francji 18,4% (różnice w zależności od kraju pochodzenia są istotne statystycznie). Stwierdzono wręcz symboliczny udział ojców (5,9% wskazań) i raczej marginalny udział innych członków rodziny (10,5% wskazań) w zakresie uświadamiania seksualnego. Wśród studentów francuskich 3,1% wskazało Centrum Planowania Rodziny, a 1% Bibliotekę stowarzyszenia MPPF jako źródła informacji o seksualności,

- uzyskują zróżnicowane ze względu na kraj pochodzenia rezultaty w zakresie komponentu emocjonalnego postawy wobec zdrowia seksualnego. Niskie wyniki w zakresie zmiennej komponent emocjonalny postawy wobec zdrowia seksualnego otrzymano w przypadku 38% badanych w Polsce i 71,4% we Francji (łącznie 53%); wysokie odpowiednio dla 62% i 28,6% respondentów (łącznie 47% wskazań),
- uzyskują zróżnicowane ze względu na kraj pochodzenia rezultaty w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego. Niskie wyniki uzyskało 48,4% studentów (39,7% badanych studentów w Polsce w porównaniu z 59,2% studentów we Francji), natomiast wyniki wysokie 51,6% (odpowiednio 60,3% studentów w Polsce i 40,8% studentów we Francji).

Praca realizuje również cele diagnostyczne i wyjaśniające dotyczące predykcji aktywności seksualnej studentów. W celu przewidywania wypełniania satysfakcji z aktywności seksualnej, ryzykownej aktywności seksualnej oraz wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego w całej badanej próbie oraz w grupie studentów polskich i francuskich przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji metodą krokową:

- predyktorem satysfakcji z zachowań seksualnych dla całej badanej próby okazał się być wiek respondenta oraz komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego (dla analizowanej osobno grupy studentów w Polsce wartość predykcyjną uzyskał komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego; w grupie studentów francuskich żaden predyktor nie został wprowadzony do modelu). Łącznie predyktory te wyjaśniają 4% wariacji zmiennej zależnej. Interpretując uzyskane wartości współczynników można stwierdzić, że im starsze były osoby badane i im wyższe wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego, tym większą czerpią satysfakcję z aktywności seksualnej,
- w zakresie predykcji ryzyka aktywności seksualnej rolę mediatora dla komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego przyjmuje (zarówno w całej grupie, jak i osobno dla studentów w Polsce) liczba dotychczasowych partnerów seksualnych. Interpretując wartości współczynników można stwierdzić, że na podstawie niższych wartości w zakresie komponentu behawioralnego postawy można przewidywać większą liczbę partnerów seksualnych, a w efekcie wyższe ryzyko podejmowanej aktywności seksualnej. W grupie francuskich studentów liczba dotychczasowych partnerów seksualnych okazała się istotnym predyktorem ryzyka podejmowanej aktywności seksualnej,
- w zakresie predykcji wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem uzyskane wyniki w całej badanej próbie wskazują na trzy istotne predyktory: wiek inicjacji seksualnej (zależność dodatnia), komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego (zależność dodatnia) oraz wiek respondenta (zależność ujemna) (w przypadku osobnej analizy dla studentów

z Polski wiek respondenta został z modelu usunięty; w osobnej analizie dla studentów francuskich żaden predyktor nie został wprowadzony do modelu). Łącznie te trzy predyktory wyjaśniają 15% wariacji zmiennej zależnej. Interpretując uzyskane wartości współczynników można stwierdzić, że im młodsze były osoby badane i im wyższe wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy wobec zdrowia seksualnego, oraz im późniejszy wiek ich inicjacji seksualnej, w tym większym stopniu wypełniają kryteria zdrowia seksualnego związane z relacją z partnerem podczas aktywności seksualnej.

Podjęte zagadnienia wydają się istotne z punktu widzenia projektowania i realizacji programów edukacji seksualnej oraz promocji zdrowia seksualnego. Edukacja seksualna wpleciona w zagadnienia edukacji zdrowotnej, zintegrowana z programami wychowania do życia w rodzinie lub realizowana w ramach działań pozainstytucjonalnych jest niezbędna nie tylko ze względów epidemiologicznych. Ocena przedsięwzięć ukierunkowanych na zmianę zachowań seksualnych młodych osób pokazuje, że są one skuteczne w obniżaniu wskaźników STD/STI, a także wczesnej inicjacji i nieplanowanych ciąż nastolatek (Bearinger, Sieving, Ferguson, Sharma, 2007; Grzelak, 2006; Ozan i inni, 2005). Założeniem pracy było takie przeprowadzenie badań i opracowanie wyników, by mogły one stać się podstawą dalszych analiz teoretycznych i stanowić postulaty dla działań praktycznych w zakresie promocji zdrowia seksualnego:

- w związku z relatywnie niskimi wynikami w zakresie postawy wobec zdrowia seksualnego (w tym komponentu poznawczego) warto uwzględnić tematykę zdrowia seksualnego i Praw Seksualnych w programach edukacyjnych. Dodatkowo, z uwagi na wysoki poziom wiedzy studentów na temat HIV/AIDS (na podstawie wskaźnika WHO PI1) warto zastanowić się nad uwzględnieniem w kampaniach

profilaktycznych i promocyjnych innych obszarów wiedzy i kompetencji, w tym emocjonalnych, komunikacyjnych (por. Bajos, Bozon, 2008).

- w prezentowanych badaniach znajomi (63,5% wskazań), partnerzy (48,4% wskazań) stanowili najczęściej wybierane kategorie odpowiedzi o źródła informacji o seksualności. Wskazaniem dla praktyki edukacyjnej jest, w tym kontekście, szersze zwrócenie się w stronę młodych dorosłych, Warto odwołać do programów edukacji rówieśniczej (*Youth Peer Education*), która jest wykorzystywana w ramach promocji zdrowia seksualnego w innych krajach (Adamchak, 2006).

- w niniejszych badaniach drugim pod względem ważności źródłem informacji o seksualności okazały się media (59,4% wskazań). Jak widać na tym przykładzie istnieje konieczność wykorzystania nowoczesnych technologii komunikacyjno-informacyjnych do realizacji programów promocji zdrowia seksualnego. Dotyczy to zarówno aspektu planowania, realizacji i ewaluacji programów, jak również upowszechniania informacji o nich. Wykorzystanie mediów jest również ważne dla merytorycznego przygotowania samych realizatorów. Z pomocą nowoczesnych technologii możliwy jest bowiem najszybszy dostęp do rzetelnych, w tym obcojęzycznych, źródeł informacji. Dodatkowo, co podkreśla Melosik, w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (w tym promocji zdrowia seksualnego) nieodzowne jest odwołanie się do koncepcji zdrowia zawartych w tekstach kultury popularnej. W odniesieniu do nich proces kształtowania (rekonstruowania) postaw zdrowotnych młodzieży powinien uwzględniać:

- wspólną interpretację tekstów kultury popularnej odnoszących się do ciała i zdrowia,
- dekonstrukcję stosunku jednostki do danego przekazu i analizę jego społeczno-kulturowych oraz historycznych uwarunkowań,

- wykreślenie kontekstów, w których stosunek jednostka-tekst kultury uzyskuje swoje wymiary afektywne i praktyczne,
- wypracowanie - wspólnie z młodzieżą - strategii odpowiedzi na tekst kulturowy (Melosik, 1999).

- w niniejszych badaniach odsetek osób, które czerpią wiedzę o seksualności od lekarzy wyniósł 49,3 %. Wynik taki może wskazywać na potrzebę zaangażowania tej grupy zawodowej w programy z zakresu promocji zdrowia,

- wzmocnienia w wypełnianiu swej edukacyjnej roli wymagają z pewnością nauczyciele zaznaczeni w prezentowanych badaniach przez 8,2 % respondentów. To źródło uświadomienia jest co prawda powszechniejsze wśród badanych w Polsce niż we Francji (odpowiednio 11,6% i 4,1% wskazań), ale i tak rola instytucjonalnej edukacji seksualnej wydaje się zbyt niska w porównaniu z oczekiwaniami społecznymi w tym zakresie (w 2005 roku 92% Polaków wyrażało zapotrzebowanie na szkolną edukację seksualną) (Izdebski, 2006). Z uwagi na oczekiwania społeczne wobec szkolnej edukacji seksualnej, pełnione przez szkołę funkcje, szeroki wachlarz oddziaływań, a także jej potencjał kadrowy i organizacyjny warto podkreślić niski wynik odnoszący się do nauczycieli. Tym bardziej, że szkoła powinna pełnić funkcję neutralizującą lub komplementarną w odniesieniu do rodzicielskiej edukacji seksualnej,

- niniejsze badania wskazują na niewielki udział rodziny w procesie uświadamiania seksualnego. Matki, jako źródło informacji o seksualności, wskazało jedynie 34,7% studentów z Polski i 18,4% studentów z Francji, ojca jedynie 5,9% badanych. Jedynie 10,5% wskazań dotyczyła kategorii „inny członek rodziny”. Luka w zakresie kompetencji rodzicielskich jest uzupełniana w wielu systemach

oświatowych (np. w Szwecji) w ramach specjalistycznych programów edukacyjnych. Warto przywołać tu zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia, która podkreśla, aby w sytuacji deficytu informacyjnego podejmować w szkole edukację prorodzinną i seksualną równolegle wobec rodziców i dzieci,

- zgodnie z rezultatami niniejszych analiz - z literatury i prasy fachowej korzysta w sumie 33,3% studentów. Nieco częściej wiedzę o seksualności studenci czerpią z literatury i prasy popularnonaukowej. W zakresie korzystania z literatury (specjalistycznej i popularnonaukowej) zauważono istotne statystycznie różnice między respondentami w Polsce i we Francji, przy czym częściej do tych źródeł odwoływali się badani studenci w Polsce. Wynik ten zmusza do refleksji nad jakością i/lub dostępnością literatury seksuologicznej. Skoro tylko 11% badanych studentów z Francji korzysta z literatury fachowej w tym zakresie, to pozostaje pytanie o powszechność tego źródła wśród grup o niższym statusie społeczno-kulturowym i dostępie do literatury fachowej oraz pytanie o ekwiwalent tego źródła informacji. Słuszne wydaje się również pytanie o możliwości zwiększenia atrakcyjności i dostępności literatury propagującej wiedzę o zdrowiu seksualnym,
- w projektowaniu i realizacji programów promocji zdrowia seksualnego warto odnieść się do danych na temat aktywności seksualnej określonej grupy. Może to być pomocne przy ustalaniu tematyki zajęć, poziomu i celów zajęć, jak również przy minimalizowaniu błędnych przekonań dotyczących tej sfery funkcjonowania u odbiorców,
- z punktu widzenia skuteczności profilaktyki STD/STI szczególnie istotne jest rzetelne informowanie na temat ryzyka wynikającego z różnych form aktywności seksualnej i możliwościach jego minimalizowania. Odniesienie do statystyk dotyczących tego obszaru

seksualności (jak na przykład średniego wieku inicjacji seksualnej, średniej liczby partnerów seksualnych) może mieć pozytywne rezultaty w zakresie modyfikowania tak zwanych błędnych przekonań normatywnych, a dalszej konsekwencji postawi zachowań młodych ludzi. W programach profilaktycznych warto położyć również nacisk na uświadomienie młodym ludziom najczęstszych przyczyn rezygnacji ze stosowania prezerwatyw. Wychodząc od diagnozy w tym zakresie można tworzyć programy realizujące cele profilaktyczne na różnych poziomach, w oparciu o „uogólniony model profilaktyki ABC”,

- z uwagi na fakt, że wiek inicjacji seksualnej, liczba dotychczasowych partnerów seksualnych oraz komponent behawioralny postawy wobec zdrowia seksualnego okazały się istotnymi predyktorami w zakresie zmiennej aktywności seksualna studentów, warto odwołać się to tej wiedzy w projektowaniu i realizacji programów zdrowia seksualnego.

ZAKOŃCZENIE

Analiza aktywności seksualnej, postaw wobec zdrowia seksualnego oraz realizacja celów diagnostycznych i wyjaśniających w zakresie wybranych uwarunkowań aktywności seksualnej populacji studentów w Polsce i we Francji nie była zadaniem prostym. Wieloaspektowa analiza literatury przedmiotu pokazuje, że badania postaw wobec zdrowia seksualnego pojawiają się wzmiankowo i koncentrują się zazwyczaj na komponencie poznawczym. Odniesienie uzyskanych wyników do innych rezultatów, a także wysunięcie z nich wniosków było zatem utrudnione. Również opisanie aktywności seksualnej studentów wiązało się z szeregiem ograniczeń, wymienianych w innych badaniach w tym obszarze:

- problemy z dokładnym odtworzeniem faktów przez respondentów, szczególnie tych dotyczących biografii seksualnej,
- możliwość modyfikacji odpowiedzi respondentów zgodnie z oczekiwaniami społecznymi oraz modyfikacji przez subiektywną reprezentację własnej seksualności,
- ryzyko niewielkiej precyzji deklaracji odnoszących się do biografii seksualnej. Podkreśla się, że wydarzenia o dużym znaczeniu dla jednostki, takie jak inicjacja seksualna są zapamiętywane i odtwarzane dokładnie. Zupełnie inaczej odtwarzane w badania są wydarzenia jednostkowe, szczególnie te wysyczone emocjami negatywnymi i rzadko (lub w ogóle) wcześniej nieujawniane (Ferrand, Bajos, Andro, 2008),
- jak podkreśla Leridon - precyzja odpowiedzi na pytanie o liczbę partnerów seksualnych może budzić wątpliwości ze względu na fenomen tzw. atrakcyjności okrągłych liczb, w związku z którym liczba partnerów może być zawyżana. Dodatkowo, jak się okazuje wielu respondentów przy odpowiedzi na to pytanie dokonuje szybkiej ewaluacji bez dokładnego liczenia partnerów seksualnych (Leridon, 2008, s. 241).

Z uwagi na złożoność zagadnienia zaprezentowane badania są jedynie wstępem wskazującym kierunki dalszych poszukiwań. Studenci są specyficznym, ściśle wyodrębnionym środowiskiem społecznym. W związku z tym, w dalszych eksploracjach ciekawe wydaje się skupienie na poziomie wiedzy o zdrowiu seksualnym wśród innych grup wiekowych, jak również wprowadzenie takich zmiennych, jak poziom i rodzaj wykształcenia, miejsce zamieszkania, status społeczno-ekonomiczny, płeć, poziom religijności. Dodatkowo, planowane w przyszłości dociekania empiryczne wzbogacić powinny uwagi nasuwające się w trakcie realizacji niniejszych badań:

- analiza liczby partnerów seksualnych, częstotliwości kontaktów seksualnych oraz stosowania prezerwatywy byłaby pełniejsza po uwzględnieniu takich zmiennych, jak rodzaj i długość relacji z partnerem, świadomość, co do statusu serologicznego (własnego i partnera). Istotne jest również wskazanie osób mających więcej niż jednego partnera seksualnego w jednostce czasu (symultaniczne wielopartnerstwo) (por. Warszawski, 1997; Gaynor, 2010),
- z punktu widzenia profilaktyki STD/STI ciekawe jest również pytanie o motywy stosowania środków antykoncepcyjnych
- zestawienie komponentu behawioralnego i rzeczywiście podejmowanej aktywności seksualnej jest ciekawym obszarem badawczym, który warto zgłębić w kolejnych analizach,
- przy pytaniu o źródła uświadomienia seksualnego ciekawe wydaje się zróżnicowanie na rodzaj uzyskiwanej wiedzy oraz okres jej pozyskania (por. Jaczewski, Izdebski, Grodzki, 1994; por. Beisert, 1991). Otwarte pozostaje również pytanie o przyczyny wyboru jednych i pomijania innych źródeł wiedzy o seksualności,
- w analizie predykcji aktywności seksualnej niezbędne jest uwzględnienie metodologicznych oraz sytuacyjnych moderatorów związku postawa-zachowanie.

BIBLIOGRAFIA

1. Act-Up, SIS, MFPP, (2008), *Femmes et VIH. 1997-2007. Où en sommes-nous 10 ans après*, Paris, Expressions 2.
2. Adamchak S., (2006), *Youth Peer Education in Reproductive Health and HIV/AIDS*, Arlington, VA: FHI/YouthNet.
3. Afifi W.A., Weiner J.L., (2006), *Seeking Information about Sexual Health: Applying the Theory of Motivated Information Management*. "Human Communication Research", nr 32, ss. 35-57.
4. Ajzen I., Fishbein M., (1977), *Attitude-behaviour relations: a theoretical analysis and review of empirical research*, "Psychological Bulletin", nr 84, ss. 888-918.
5. Andro A., Bajos N., (2008), *La sexualité sans pénétration: une réalité oubliée du répertoire sexuel*, (ss. 297-315), [w:] Bajos N., Bozon M., (red.), "Enquête sur la sexualité en France", Paris, La Découverte.
6. Antonovsky A., (1997). *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, (ss. 206-231), [w:] Heszen-Niejodek I., Sęk H., (red.). Psychologia zdrowia, Warszawa, PWN
7. Aucouturier J-L., Vialle P., Cumunet Ch., (1999), *Le sport à l'université- le pratique du sport par les étudiants* (www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr z dnia 13.02.2011).
8. Bajos N., Bozon M., (2008). *Les agressions sexuelles en France: résignation, réprobation, révolte*, (ss.381-411), [w:] "Enquête sur la sexualité en France", Paris, La Découverte.
9. Baron M. (2009). *Villes et régions en concurrence pour comprendre l'offre de formations universitaires ?*, "Espaces et Sociétés", nr 1-2, ss.135-154.
10. Bearinger L., Sieving R., Sharma V., (2007), *Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention and potential*, "Lancet", nr 2, ss.1220-1229.

11. Beck F., Guilbert P., Gautier A., (2006), *Baromètre santé 2005*, Sait-Denis, Édition INPES.
12. Beisert M., (1991), *Seks twojego dziecka*, Poznań, ZW – K. Domke.
13. Beisert M., (2006a), *W poszukiwaniu modelu seksualności*, (ss.7-33), [w:] Beisert M., (red.), "Seksualność w cyklu życia człowieka", Warszawa, PWN.
14. Beisert M., (2006b), *Trud dorastania seksualnego*, (ss.145-171) (ss.7-33), [w:] Beisert M., (red.), "Seksualność w cyklu życia człowieka", Warszawa, PWN.
15. Beisert M., (2006c), *Eksperymenty seksualne okresu dzieciństwa*, (ss. 113-145), (ss.7-33), [w:] Beisert M., (red.), "Seksualność w cyklu życia człowieka", Warszawa, PWN.
16. Beisert M., (2006d), *Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży*, "Dziecko krzywdzone", nr 16, ss. 66-80.
17. Beisert M., (2008), *Kryteria diagnostyczne przydatne dla oceny zachowań seksualnych małego dziecka*, "Przegląd Seksuologiczny", nr 14, ss. 11-19.
18. Beltzer N., Bajos N., (2008), *De la contaception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différents étapes des trajectoires affectives et sexuelles*, (ss. 437-461), [w:] Bajos N., Bozon M., (red.), "Enquête sur la sexualité en France", Paris, La Découverte.
19. Benoit M., Dragon J., Boudreau M-G., Muhimpundu S., (2003), *La Promotion de l'Absence dans les Programmes d'Éducation en Matière de Santé Sexuelle: le Point de Vue de Jeunes Franco-Ontariennes du Nord*, "The Canadian Journal of Human Sexuality", nr 12, ss.109-118.
20. Bersamin M., Walker S., Fisher D., Grube, J., (2006), *Correlates of Oral Sex and Vaginal Intercourse in Early and Middle Adolescence*. "Journal of Research on Adolescence", nr 16, ss.59-68.

21. Bideau J., Houdé O., Pedinielli J-L., (2009), *L'homme en développement*, Paris, PUF.
22. Bielecki J., (1993), *Wybrane metody działania postaw wartościujących i religijnych* (ss.358-390), [w:] Siek S., (red.), "Wybrane metody badania osobowości", Warszawa, Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej.
23. Biri A., Korucuoglu U., Lihan M., Bingol B., Yilmaz E., Biri H., (2007), *Turkish Women's Level of Knowledge on and Attitude Toward Sexual Health*, "Maturitas", nr 58, ss. 236-240.
24. Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław: Astrum.
25. Bohner G., Wanke M., (2004), *Postawy i zmiana postaw*, Gdańsk: GWP.
26. Boyce W., Doherty-Poirier M., Mackinnon D., Fortin Ch., Saab H., King M., Gallupe O., (2006), *Sexual Health of Canadian Youth: Findings from the Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study*, "The Canadian Journal of Human Sexuality", nr15, ss. 59-68.
27. Bozon M., (2003), *A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaison mondiales et évolutions récentes*, "Population sociétés", nr 391, ss. 1-4.
28. Bozon M., Kontula O., (1997), *Initiation sexuelle et le genre. Comparaison des évolutions de douze pays européens*, "Population", nr 6, ss. 1367-1394.
29. Bozon M., (2008a), *Premier rapport sexuel, première relation: des passages attendus*, (ss. 117-149), [w:] Bajos N., Bozon M., (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte.
30. Bozon M., (2008b). *Pratiques et rencontres sexuelles : un répertoire qui s'élargit*, (ss. 273-297), [w:] Bajos N., Bozon M., (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte.

31. Bozon M., (2009), *Domaines et approches. Sociologie de la sexualité*, Paris, Armand Colin.
32. Bozon M., Casacles B., Girot S., Ferron Ch., (2002), *Former, informer ou bien éduquer*, "L'école des parents", nr 3, ss.32-34.
33. Braun-Gałkowska M., (1994), *Którzy bez wiosny rok by mieć chcieli.* (ss.140-149), [w:] Ożoga T., (red), *Nauki społeczne o młodzięży*, Lublin, Wydawnictwo UMCS.
34. Brannon L., (2002), *Psychologia rodzaju*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
35. Brzezińska A., (2007), *Spółeczna psychologia rozwoju*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
36. Brzezińska A., Trempała J., (1999), *Wprowadzenie do psychologii rozwoju*, (ss.), [w:] Strelau J.,(red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, T. 1, Gdańsk, GWP.
37. Brzeziński, J. (1997), *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
38. *Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale et du ministère de la recherche (2000)*. www.education.gouv.fr/bo/2000/hs10/h10.htm
39. Calvez M., (1997), *Les connaissances et les attitudes relatives au SIDA*, (ss. 317-351), [w:] Lagrange H., Lhomond B., (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*. Paris, La Decouverte.
40. Carr A., (2004), *Program profilaktyki szkolnej w zakresie AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową*, Gdańsk, GWP.
41. Cendrowski Z., Trawińska M.,(1996), *Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego*, Warszawa, Agencja Promo-Lider.

42. Chodecka A., (2009), *Masturbacja - czynnik rozwoju czy ryzykowne zachowanie w psychoseksualnym rozwoju chłopców*, "Przegląd Seksuologiczny", nr 19, ss. 7-13.
43. Chomczyńska-Miliszkievicz M., (1996), *Modele szkolnej edukacji seksualnej*, "Kwartalnik Pedagogiczny", nr 3-4, ss.85-92.
44. Chomczyńska-Miliszkievicz M., (1999), *Podróż w nieznanie: o miłości, seksie i rodzinie - scenariusze zajęć*, Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
45. Chomczyńska-Miliszkievicz M., (2000), *Wychowanie psychoseksualne w rodzinie*, (ss.279-284), [w:] Chymuk M., Topa D., (red.), *Edukacja prorodzinna*, Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
46. Chomczyńska-Miliszkievicz M., (2001), *Edukacja seksualna w domu i w szkole*, "Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze", nr 3, ss. 22-27.
47. Chomczyńska-Miliszkievicz M., (2002), *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym*, Lublin, Wydawnictwo UMCS.
48. Cholewa M., (2009), *Tempo i selektywność procesu rozpoznawania informacji jako wskaźnik postaw moralnych*, Kraków, Wydawnictwo PAT.
49. Cialdini R., (2004), *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*, Gdańsk, GWP.
50. Cianciara D., (2005), *Kierunki i rozwój profilaktyki HIV/AIDS*, "Przegląd Epidemiologiczny", nr 39, ss. 147-154.
51. Cichocka M., (2006), *Biopsychospołeczne uwarunkowania seksualności ludzi starych*, (ss. 213-237), [w:] Beisert M.,(red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa, PWN.

52. *Circulaire Ministérielle du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.* (BO nr 9 du 27 février 2003).
53. *Code pénal, version consolidée au 7 janvier 2011,* <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.z dnia 04.02.2011>.
54. Coleman L.M., Testa A., (2008), *Sexual Health Knowledge, attitudes and behaviors: variations among a religiously diverse sample of young people in London,* "Ethnicity & Health", nr 1, ss. 55-72.
55. Cornelson B.M., (1998), *Addressing The Sexual Health Needs of Gay and Bisexual Men in Health Care Settings,* "The Canadian Journal of Human Sexuality", nr 7 (3), ss. 261-271.
56. Crosby R.A., Danner F., (2008), *Adolescents' Sexually Transmitted Disease, Protective Attitudes Predict Sexually Transmitted Disease Acquisition in Early Adulthood,* "Journal of School Health", nr 6, ss. 310-313".
57. Cylkowska-Nowak M., Melosik Z., (1999a), *Viagra: konteksty kulturowe i społeczne,* (ss. 218-249), [w:] Melosik Z., (red.), *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji,* Poznań-Toruń, EDYTOR.
58. Cylkowska-Nowak M., Melosik Z., (1999b), *Młódzież, styl życia i zdrowie,* (ss. 243-252), [w:] Melosik Z., (red.), *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji,* Poznań-Toruń, EDYTOR.
59. Czabański A., (1997), *Młódzież wobec samobójstwa,* Poznań, Wydawnictwo MICHAEL.
60. Czapiński, J., Panek T., (2009), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków,* Warszawa, Rada Monitoringu Społecznego.
61. Davis C., Sloan M., MacMaster S., Kilbourne B., (2007), *HIV/AIDS Knowledge and Sexual Activity: an Examination of Racial differences in a College Sample,* "Health and Social Work", nr 3, ss. 211-218.

62. DeHart D.D., Birkimer J.C., (1997), *Trying to Practice Safer Sex: Development of the Sexual Risks Scale*, "The Journal of Sex Research", nr 1, ss. 11-25.
63. Deptuła M., (2005), *Indywidualne ścieżki ryzyka a profilaktyka*, "Remedium", nr 7-8, s. 1-5.
64. Desperak I., (2006), *Wizerunki kobiet w reklamie a autostereotypy*, (ss. 139-143), [w:] Chomczyńska-Rubacha M., (red.), *Role płciowe. Kultura i edukacja*, Łódź, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
65. Długołęcka A., (2006), *Rozwój psychoseksualny - dojrzewanie*, (ss. 51-70), [w:] Lew-Starowicz Z., Długołęcka A., (red.), *Edukacja seksualna*, Warszawa, Świat Książki.
66. Długołęcka A., (2008), *Seksualność – wybrane zagadnienia*, (ss.343-389), [w:] Woynarowska B., (red.), *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, PWN.
67. Dolińska-Zygmunt G., (2000), *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*, Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
68. Ekel J., (red.) (1965), *Mały słownik psychologiczny*, Warszawa, Wiedza Powszechna.
69. EUROSTAT (2010), *Europe in figures – Eurostat yearbook*, Luxembourg, Publications Office of the European Union (<http://ec.europa.eu/eurostat> z dnia 05.11.2010).
70. Faure S., (red.) (2004). *Pratiques sexuées et stéréotypes de sexe des étudiant(e)s*. Université Lumière Lyon II.
71. *Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny*, (1997), *Edukacja seksualna w szkole*, "LIDER", nr 11, s.23-25.

72. Ferrand M., Bajos N., Andro A., (2008), *Accords et désaccords : variations autour de désir*, (ss.359-381), [w:] Bajos N., Bozon M., (red.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte.
73. Filar M., (1985), *Przestępstwa seksualne w polskim prawie karnym*, Toruń, Rozprawy Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika.
74. Filar M., (2001),. *Terapia przestępców seksualnych w świetle nowej kodyfikacji karnej*, (ss.139-147), [w:] Gapik L., Woźniak A., (red.),. *Terapia w seksuologii. Zagadnienia wybrane*, Poznań, INTERFUND.
75. Freud S., (1997), *Wstęp do psychoanalizy*, Warszawa, PWN.
76. Gapik L., (1990), *Wychowawcze wyznaczniki funkcjonowania seksualnego*, Warszawa, Departament Wychowania MON.
77. Gapik L., (1998), *Psychospołeczne uwarunkowania zachowań seksualnych*, (ss. 321-341), [w:] Rzepka J., (red.), *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*, t.2, Katowice, AGAT.
78. Gapik L., (2006). *Funkcjonowanie seksualne w normie i patologii*, „Przegląd Terapeutyczny”, nr 1.
79. Gapik L., Kasperek E., (1998), *Miejsce edukacji seksualnej w ogólnej koncepcji edukacji promującej zdrowie*, (ss. 86-91), [w:] Gapik L., (red.), *Postępy psychoterapii*, t. 1, Poznań, INTERFUND.
80. Gaynor L.E., Bonnie L.B., (2010), *Women May Underestimate Their Parents' Desires to Use Condoms : Possible Implications for Behavior*, "Journal of Sex Research", nr 47, ss. 59-65.
81. Gniazdowski A., (red.), (1990), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne. Próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Łódź, Instytut Medycyny Pracy.
82. Godeau E., Vignes C., Duclos M., Navarro F., Cayla F., Grandjean H., (2008a), *Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez*

- les filles: données françaises de l'enquête internationale HBSC/OMS*, "Gynécologie Obstétrique Fertilité", nr 36, ss. 176-182.
83. Godeau E., Gabhain S., Vignes C., Ross J., Boyce W., Todd J., (2008b), *Contraceptive Use by 15-Year-Old Students at Their Last Sexual Intercourse*, "Archives of Pediatric Adolescent Medicine", nr 162, ss. 66-73.
84. Godlewski J., (1978), *Życie płciowe człowieka*, Warszawa, PZWL.
85. Godlewski J., (1998), *Ewolucja poglądów na temat normalności i nienormalności seksualnej i ich źródła*, (ss.433-439), [w:] Rzepka J., (red.) *Zagadnienia pro rodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*, Katowice, Agat.
86. Goffman E., (2002), *L'arrangement des sexes. La Dispute*, Paris, Cahiers du Cedref.
87. Gola B., (2008), *Modele zachowań seksualnych w prasie młodzieżowej i poglądach nastolatków*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
88. Grant J., Hoorens S., Sivadasan S., Mvan het Loo M., DaVanzo J., Hale L., Gibson S., Butz W., (2004), *Low Fertility and Population Ageing*, European Commission, RAND Corporation (www.rand.org z dnia 13.02.2011).
89. Grillom H., (2005), *Endiguer la montée des comportements à risqué* "Le Quotidien du Medicine", nr 7786, ss.11-13.
90. Grodzki A., (1986), *Zmiany w zakresie seksualizmu kobiet w Polsce w okresie minionego ćwierćwiecza*, "Problemy Rodziny", nr 3, ss.32-36.
91. Gromek K., (2006), *Kodeks rodzinno-opiekuńczy wraz z komentarzem*, Warszawa, Wydawnictwo C.H. Beck.
92. Gromkowska A., (2001), *Ciało, seksualność i przemoc. Rekonstrukcje kobiecości*, (ss.127-159), [w:] Melosik Z., (red.),

Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje, Poznań, WOLUMIN.

93. Gruel L., Vourc'h R., Zilloniz S., (2007), *La vie étudiante*, Rerères, EDITION, www.ove-national.education.fr z dnia 05.12.2010.VIe
94. Grzelak J., Nowak A., (2000), *Wpływ społeczny*, (ss. 187-203), [w:] Strelau J., (red.), *Psychologia- podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańsk, GWP.
95. Grzelak S.,(2006), *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*. Warszawa, SCHOLAR.
96. Guerrero T., (2001), *Youth in transition. Housing, employment, social policies and families in France and Spain*. Burlington, Ashgate Publishing Company.
97. Guettier B., (1999), *Adolescence et maternité*, "Dialogue", nr 146, ss.54-71.
98. Gurba E., (2000)., *Wczesna dorosłość*, (ss. 202-233), [w:] Harwas-Napierała B., Trempała J., (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, t 2, Warszawa, PWN.
99. GUS, (2010), *Rocznik Statystyki Międzynarodowej*, Warszawa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
100. Hatkins M., French D., Horne R., (2000), *Statistical Guidelines for Studies of the Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behaviour*, "Psychology and Health", nr 15, ss. 151-161.
101. Havighurst R.J., (1981), *Developmental Tasks and Education*, New York and London, Longman.
102. Higgins E. T., (1987), *Self-discrepancy. A theory relating self and affect*, "Psychological Review", nr 94, ss.319-340.
103. Hendler L., (2005), *Wybrane metody profilaktyki HIV/AIDS*, (ss.270-283), [w:] Deptuła M., (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w*

teorii i praktyce pedagogicznej, Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

104. <http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/> z dnia 04.12.2010.

105. <http://studentnews.pl/serwis>. - z dnia 24.03.2010

106. <http://www.ove-national.education.fr/enquete/2006>, z dnia 05.12.2010

107. Herr P.M., (1995), *Whither Fact, Artifact, and Attitude: Reflections on the Theory of Reasoned Action*, "Journal of Consumer Psychology, nr 4, ss.371-380.

108. Imieliński K., (1970). *Zboczenia płciowe*, Warszawa, PZWL.

109. Imieliński K., (1973), *Erotyzm*, Warszawa, PWN.

110. Imieliński K., (1977), *Kulturowo – medyczne aspekty seksuologii*, (ss. 11-73), [w:] Imieliński K., (red.), *Seksuologia społeczna*, Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

111. Imieliński K., (1985) (red.), *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, Warszawa, PWN.

112. Imieliński K., (red.) (1985), *Seksuologia biologiczna*, Warszawa, PWN.

113. Imieliński K., (red.) (1990), *Seksiatria*. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe

114. Izdebski Z., (1992), *Seksualizm dzieci i młodzieży w Polsce*, Zielona Góra, Wydawnictwo WSP im. Tadeusza Kotarbińskiego w Zielonej Górze.

115. Izdebski Z., (2001), *Raport z realizacji terenowej badania „Wiedza, postawy społeczne wobec HIV/AIDS i zachowania seksualne”*, Warszawa, Krajowe Centrum ds. AIDS, TNS OBOP.

116. Izdebski Z., (2004a), *Raport z badań - edukacja prozdrowotna i seksualna w polskiej szkole*, Warszawa, OBOP.

117. Izdebski Z., (2004b), *Edukacja na temat seksualności człowieka*, (ss.29-34), [w:] Prawa reprodukcyjne Polek i Polaków, Warszawa, Kancelaria Senatu, UNFPA, Parlamentarna Grupa Kobiet.
118. Izdebski Z., (2005), *Wiedza Polaków na temat HIV/AIDS oraz zachowania seksualne. Badanie wykonane na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS przeprowadzone przez TNS OBOP*.
119. Izdebski Z., (2006), *Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS*, Zielona Góra, Uniwersytet Zielonogórski.
120. Izdebski Z., (2010), *Rozwój seksualny*, (ss. 245-289), [w:] Woynarowska B., (red.), *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Warszawa, PWN.
121. Izdebski Z., Ostrowska A., (2003), *Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków*, Warszawa, MUZA.
122. Izdebski Z., Walendzik A., (2000), *Psychospołeczne i medyczne aspekty epidemii HIV*, (ss. 9-20), [w:] Izdebski Z., (red.), *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyzn homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków*, Zielona Góra, Oragon.
123. Jaczewski A., (1995), *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Warszawa, WSiP.
124. Jaczewski A., Grodzki A., Izdebski Z., (1994), *Przemiany obyczajowości seksualnej młodzieży*, Warszawa, Spółka Wydawnicza TERRA.
125. Jagieła J., (1995), *Modele edukacji seksualnej*, "Edukacja i Dialog", nr 9, ss.19-23.
126. Jankowiak B., (2005), *Wybrane zmienne biograficzne a zakres normy seksualnej prezentowany w opiniach młodych kobiet*, "Seksuologia Polska", nr 1, t. 3, ss. 13-17.

127. Jankowiak B., (2008), *Aktywność seksualna współczesnych nauczycieli. Wyniki badań własnych*. "Seksuologia Polska", nr 2, t. 6, ss.64-76.
128. Jasiński M., (2008), *Dylematy wokół miłości nastolatków*, "Przegląd Seksuologiczny", nr 14, ss. 27-30.
129. Juczyński Z., (1997), *Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie osób dorosłych*, (ss.285-293), [w:] Łazowski G., Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i w chorobie*, Wrocław, Wydawnictwo AWF.
130. Juczyński Z., (2008), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
131. Jundził E., (1997), *Kształtowanie postaw młodzieży wobec seksu, małżeństwa i rodziny*, "Problemy Rodziny", nr 1-2, ss. 51-56.
132. Jundził E., Pawłowska R., (1995), *Miłość i seks w percepcji uczniów*, Gdańsk, Gdańska Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
133. Jeżowski M., (2007), *Poznawczy wymiar postaw wobec narkomanii*, (ss.53-153), [w:] Adamczyk G., Jeżowski M., Smyczek L., (red.), *Postawy młodzieży szkół średnich wobec narkomanii*, Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.
134. Jopkiewicz A., (2006), *Spółeczna i antropologiczna charakterystyka studentów Akademii Świętokrzyskiej*, Kielce, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej
135. Kasperek-Golimowska E., (2008), *Edukacja seksualna jako forma profilaktyki zaburzeń i promocji zdrowia seksualnego*, "Przegląd Terapeutyczny", nr 5 (<http://www.ptt-terapia.pl/przeglad/numer05.htm>).
136. Kasperek E., Piorunek M., (2001), *Promocja zdrowia seksualnego w praktyce oświatowej*, (ss. 148-159), [w:] Gapik, L., Woźniak, A., (red.), *Terapia w seksuologii. Zagadnienia wybrane*, Poznań, Interfund.

137. Kay L., E., (1996), *Seks wśród nastolatków. Metody promowania powściągliwości seksualnej*, "Medycyna po dyplomie", nr 2, ss.146-158.
138. Kępiński A., (2003), *Z psychopatologii życia seksualnego*, Kraków, Wydawnictwo Literackie.
139. Kickbush I., Nutbeam D., (1998), *Health Promotion Glossary*. Genewa, WHO.
140. Kielar-Turska, M., (1999), *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia*, (ss.324-332), [w:] Strelau J., (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, Gdańsk, GWP.
141. Kirby D., (2002), *Effective Approaches to Reducing Adolescent Unprotected Sex, Pregnancy and Childbearing*, "The Journal of Sex Research", nr 39 (1), ss. 51-57.
142. Komosińska K., (1999), *Epidemia HIV/AIDS na tle historycznym*, Olsztyn, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
143. Komosińska K., Małkowska-Szkućnik A., (2008), *Wiedza i przekonania związane z HIV/AIDS oraz zachowania seksualne studentów Uniwersytetu Warszawskiego*, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego
144. Konieczny G., Sokoluk W., (2005), Niebezpieczeństwa można uniknąć, "Remedium", nr 9, ss.10-11.
145. Kowalczyk K., (2009), *Rola wykształcenia i zmiany w jej społecznym postrzeganiu w latach 1993-2009*, CBOS, www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_163_09.PDF (25.03.2010).
146. Kowalczyk I., Zierkiewicz E., (2002), *Czytanie kobiety z prasy kobiecej. Dyskursy w pismach nowoczesnych*, [w:]. Zierkiewicz E., Jakubowski W., (red.), *Edukacyjne konteksty kultury popularnej*. Kraków, Impuls.

147. Kozakiewicz M., (1980), *Postawy młodzieży wobec spraw seksualnych, małżeństwa i rodziny w Europie*, Warszawa, Towarzystwo Rozwoju Rodziny.
148. Krzywicka D., (1994), *Metodyka wychowania seksualnego dla nauczycieli*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza FOWARD.
149. Kuortti M., Kosunen E., (2009), *Risk-taking behaviour is more frequent in teenage girls with multiple sexual partners*, "Scandinavian Journal of Primary Health Care", nr 27, ss. 47-52.
150. Kurzępa, J. (2007). *Zagrożona niewinność. Zakłócenia rozwoju seksualności współczesnej młodzieży*. Kraków: Impuls.
151. Lagrange H., (1997a), *Diversité sociale des premiers échanges sexuels*, (ss.29-54), [w:] Lagrange H., Lhomond B. (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*. Paris, La Decouverte.
152. Lagrange H., (1997b), *Transition vers la sexualité genitale* , (ss.119-152), [w:] Lagrange H., Lhomond B. (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*. Paris, La Decouverte.
153. Lam A.G., Barnhart J.E., (2006), *It takes two: the role of partner ethnicity and age characteristics on condom negotiations of heterosexual chinese and filipina american college women*, "AIDS Education and Prevention", nr 18, ss. 68-80.
154. Le Gall, D., Le Van, Ch., (1999), *Le premier rapport sexuel: de l'idéal au désastre*, "Dialogue", nr 146, ss.121-139.
155. Leridon H., (2008a), *Le nombre de partenaires: un certain rapprochement entre les femmes et les hommes, mais comportement encore très différents*, (ss.215-243), [w:] Bajos N., Bozon M., (2008), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte.

156. Leridon H. (2008b). Fréquence et modalités des rapports sexuels : des situations contrastées selon le type de partenaire, (ss.315-333), [w:] Bajos N., Bozon M., (2008), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte.
157. Lernell L., (1985), *Przestępczość seksualna. Zagadnienia prawne i kryminologiczne*, (ss.465-568), [w:] Imieliński K., (red.), *Seksuologia społeczna*, warszawa, PWM.
158. Lescano D.M., Houck Ch.D., Doherty G., Di Clemente R.J., Brown L.K., Fernandez J. Pugath D., Schlenger W.E., Silver B., (2009), *Correlates of Heterosexual Anal Intercourse Among At-Risk Adolescents and Young Adults*, "American Journal of Public Health", vol. 99, nr 6, ss. 1131-1136.
159. Leśnicka A., K., (2008), *Uzależnienie od cyberseksu - znak czasu czy jednostka nozologiczna?*, "Przegląd Seksuologiczny", nr 15, ss.17-20.
160. Levinson S., (1997), *L'organisation temporelle des premières relations sexuelles*, (ss.227-249), [w:] Lagrange H., Lhomond B. (eds.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris, La Decouverte.
161. Levinson S., (2008), *Les difficultés de la fonction sexuelle : contextes, déterminants et significations*, (ss.485-509), [w:] Bajos N., Bozon M., (red.), "Enquête sur la sexualité en France", Paris, La Découverte.
162. Levinson D.J., (1986), *A Conception of Adult Development*, "American Psychologist", vol. 41, nr 1.
163. Lew-Starowicz Z., (1990), *Atlas psychofizjologii seksu*, Warszawa, PZWL.
164. Lew-Starowicz Z., (1999), *Seksuologia sądowa*, Warszawa, PZWL.

165. Lew-Starowicz Z., (1993), *System wartości seksualnych współczesnych Polaków*, "Problemy Rodziny", nr 3, ss. 32-35.
166. Lew-Starowicz Z., (1994), *AIDS i zachowania seksualne*, "Wychowanie fizyczne i zdrowotne", nr 2, ss.48-57.
167. Lew-Starowicz Z., (1995), *Wychowanie seksualne a prewencja HIV/AIDS*, "Problemy HIV/AIDS", nr 1.
168. Lew-Starowicz Z., (1999), *Styl życia seksualnego a zdrowie*, (ss.338-348) [w:] Karski J.B., (red.), *Promocja zdrowia*, Warszawa, Sanmedia.
169. Lew-Starowicz Z., (2000), *Psychologiczne aspekty zaburzeń seksualnych*, (ss.729-750), [w:] Strelau J., (red.), *Psychologia*. Podręcznik akademicki, t.3, Gdańsk, GWP.
170. Lew-Starowicz Z., (2002), *Raport Seksualności Polaków*, Warszawa, SMG/KRC.
171. Lew-Starowicz Z., (2003), *Seks w sieci i nie tylko*, Kraków, wydawnictwa Medyczne.
172. Lew-Starowicz Z., (2006), *Seks w wieku dojrzałym i późnym*, (ss.227-234), [w:] Lew-Starowicz Z., Długołęcka A. (red.), *Edukacja seksualna*, Warszawa, Świat książki.
173. Lew-Starowicz, Z. (2007), *Zdrowie seksualne: historia, kryteria, promocja*, (ss.7-14), [w:] Rzepka J., (red.), *Zdrowie seksualne*. Mysłowice, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach.
174. Lew-Starowicz Z., Szczerba K., (1995), *Nowoczesne wychowanie seksualne*, Warszawa, BGW.
175. Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., (1999), *Homoseksualizm*. Warszawa, PZWL.
176. Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., (2003). *Zdrowie seksualne*, "Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej", t. 3, nr 1, ss.1- 4.

177. Lewis V.J., Kashima Y., (1993), *Applying the Theory of Reasoned Action to the prediction of AIDS-preventive Behaviour*, (ss.29-47), [w:] Terry D., Gallois C., McCarmish M., (red.), *The Theory of Reasoned Action*, Pergamon Press.
178. Lewis V., Kashima Y., (2000), *Where does the Behavior Come From In Attitude-Behavior Relations? Toward a Connectionist Model of Behavior Generation*, (ss.115-135), [w:] Terry, D.J., Hogg M.A., (red.), *Attitudes, Behavior and Social Context*, New York, LEA
179. *Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.*
180. Makara-Studzińska M., (2007), *Zachowania ryzykowne młodzieży a wiktymizacja w dzieciństwie*, Lublin, Akademia Medyczna w Lublinie.
181. Marody M., (1976), *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. Analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami*, Warszawa, PWN.
182. Marzec-Bogusławska A., (2007), *Zakażenia HIV/AIDS*, (ss.60-64), [w:] Niemiec T. (red.). Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat. Polska 2006”, Warszawa, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju.
183. Matyjas B., (2007), *Pedagogika społeczna i rodzina – obszary badań*, (ss.505-517), [w:] Marynowicz-Hetka E., (red.), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki, t. 2*, Warszawa, PWN.
184. Maszke A.W., (2008), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
185. Mądrzycki T., (1964), *Postawy jako składnik osobowości*, "Przegląd Psychologiczny", nr 4, ss. 105-122.
186. Mądrzycki T.,(1977), *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*, Warszawa, WSiP.

187. McKevley R.S., Weeb J., Baldassar L., Robinson S., Riley G., (1999), *Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students*, "Australian and New Zeland Journal of Psychiatry", nr 33, ss.260-266.
188. Melosik Z., (1996), *Tożsamość, ciało i władza. Teksty kulturowe, jako kon(teksty) pedagogiczne*, Poznań-Toruń, EDYTOR.
189. Melosik Z., (1999), *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Toruń-Poznań, EDYTOR
190. Melosik Z., (1999), *Ponowoczesny świat konsumpcji*, (ss.71-90), [w:] Melosik Z., (red.), *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Toruń-Poznań, EDYTOR
191. Melosik Z., (2001), *Młodzież, styl życia i zdrowie: paradoksy pop-tożsamości*, (ss.11-57), [w:] Melosik Z., (red.), *Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje*, Poznań, WOLUMIN
192. Melosik Z., (2005), *Młodzież a przemiany kultury współczesnej*, (ss.13-31), [w:] Leppert R., Melosik Z., Wojtasik B., (red.), *Młodzież wobec (nie)gościnnej przyszłości*, Wrocław, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP we Wrocławiu.
193. Melosik Z., (2010), *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Kraków, IMPULS
194. Metcalfe T., (2004),. *Sexual health: meeting adolescents' needs*, "Nursing Standard", nr 18, 46, ss. 40-43.
195. Mędreła-Kuder E., Kantor-Noga M., (2000), *Wiedza o AIDS w opinii młodzieży szkolnej*, "Wychowanie fizyczne i zdrowotne", nr 2/3, ss. 142- 147.
196. Michałowski M., Michałowska D., (2001), *Zaburzenia seksualne jako powikłania farmakoterapii depresji*, (ss.62-73), [w:] Gapik L., Woźniak A. (red.), *Terapia w seksuologii. Zagadnienia wybrane*, Poznań, Interfund.

197. Mika S., (1981), *Psychologia społeczna*, Warszawa, PWN.
198. Mika S., (1987), *Psychologia społeczna dla nauczycieli*, Warszawa, WSiP.
199. Milewski M., (2008), *Spoleczne uwarunkowania postaw młodzieży wobec AIDS*, Kraków, NOMOS
200. Moczuk E., (2003), Zagrożenia współczesnej młodzieży, (ss.11-26), [w:] Kozaczuk F.,(red.),*Młodzież wobec współczesnych zagrożeń*, Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
201. Moczuk E., (2004), *Młodzież końca wieku. Zachowania seksualne współczesnej młodzieży w świetle badań*, Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
202. Munoz-Silva A., Sanchez-Garcia M., Nunes C., Martins A., (2007), *Gender differences in condom use prediction with Theory of Reasoned Action and Planned Behaviour: The role of self-efficacy and control*, "AIDS Care", nr 19 (9), ss.1177-1181.
203. Musiał D., (2007), *Kształtowanie się tożsamości w adolescencji*, "Studia z psychologii w KUL", t.14, Lublin, Wydawnictwo KUL
204. Nardone A., (2007), *L'infection à VIH à travers l'Europe*, "Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", nr 46-47, ss. 398 - 401.
205. Niezgoda M., (2003), *Transformacja- rynek- edukacja- młodzież*, (ss.111-122), [w:] Idzikowski B., Narkiewicz-Niedbalec E., Zielińska M., Papiór E., (red.),*Młodzież polska w nowym ładzie społecznym*, Zielona Góra, Oficyna Wydaw. Uniwersytetu Zielonogórskiego.
206. Nowak A.J (2000), *Identyfikacja postaw*, Lublin, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
207. Nowak S., (1973), *Teorie postaw*, Warszawa, PWN.
208. Obuchowska I., (2000), *Adolescencja*, (ss.163-202), [w:] Harwas-Napierała B., Trempała J., (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*.

- Charakterystyka okresów życia człowieka*, t.2, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
209. Obuchowska I., Jaczewski A., (2002), *Rozwój erotyczny*, Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.
210. Obuchowski K., (1983), *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa, PWN.
211. Oleszkiewicz A., (2006), *Bunt młodzieńczy. Uwarunkowania. Formy. Skutki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
212. Orr D., Schnitzer K., Frackmann E., (2008). *Social and economic conditions of student life in Europe*, Bielefeld, Bertelsmann.
213. Ostaszewski K., (2005), *Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży*, (ss.1 12-113), [w:] Deptuła M., (red.), *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, Bydgoszcz, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
214. Ozan S., Aras S., Semin S., Orcin E., (2005), *Sexual attitudes and behaviors among medical students in Dokuz Eylul University, Turkey*. "European Journal of Contraception and Reproductive Health Care", nr 10, ss. 171-183.
215. Pawlina K., (1998), *Polska młodzież przełomu wieku*, Warszawa, Wydawnictwo Sióstr Loretanek.
216. Pawłowska R., Jundziłł, E (1999), *Miłość i seks w percepcji uczniów*. Koszalin, Wyższa Szkoła Humanistyczna w Gdańsku.
217. Pelège P., Picod Ch., (2006), *Éduquer à la sexualité – un enjeu de la société*, DUNOD, Paris.
218. Pluta J., (2002), *Společno-kulturowe procesy definiowania postaw*, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
219. Prężyna W., (1967), *Koncepcja postawy w psychologii*, "Roczniki filozoficzne", t. 15, z. 4, ss. 25 -37.

220. Próchniak P., (2005), *Podjęmowanie ryzyka a sens życia człowieka*, Słupsk, Pomorska Akademia Pedagogiczna w Słupsku.
221. Przetacznikowa M., (1978), *Podstawy rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży*, Warszawa, WSiP.
222. Pużyński S., (2003), *Leksykon Psychiatrii*, Warszawa, PZWL.
223. Ray J.C., (2004), *Transferts sociaux et Bains d'activité des jeunes européens. Une application des modèles multiniveaux*, "Economie et Prévision", nr 3-4, ss. 189-210.
224. Repère Santé, (2006), *Sexualité, contraception et IVG chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur*, nr 10.
225. Roguska B., (2007), *Praca Polaków za granicą. Komunikat z badań*, Warszawa, CBOS.
226. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U nr 14, poz. 129).*
227. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 10 sierpnia 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego.*
228. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. Nr 4 poz. 17).*
229. Rubacha K., (2008), *Metodologia badań nad edukacją*, Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

230. Ruffiot A., (1992), *L'éducation sexuelle au temps du SIDA*, Toulouse, PRIVAT.
231. Rutkowska K., (2008), Postawy zdrowotne studentów pedagogiki, (ss.199-209), [w:] Grabowiec A., Bogucki J., Bochniarz A., (red.), *Zdrowa szkoła-zdrowy uczeń. Edukacja wobec współczesnych zagrożeń zdrowia*, Lublin, WSCHÓD.
232. Rzepka J., (2007), *Zdrowie seksualne. Wstęp*. Mysłowice, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach.
233. Rzepka J., Zdunkiewicz L., Andelova S., (1991), *Wiedza o AIDS najstarszych uczniów szkół ponadpodstawowych w Katowicach i Ostrawie*, "Problemy Rodziny".
234. Sadovsky R., Nusbaum, M., (2006), *Sexual Health Inquiry and Support Is a Primary Care Priority*, "Journal of Sexual Medicine", nr 3, ss. 3-11.
235. Saint-Pierre F., Viau M-F., (2008), *Seksualność dziecka*, Warszawa, KDC.
236. Sęk H., (2000), *Zdrowie behawioralne*, (ss. 533-553), [w:] Strelau J., (red.), *Psychologia- podręcznik akademicki*, t.3, Gdańsk, GWP.
237. Sęk H., (2004), *Psychologia ryzyka, zdrowie i zachowania zdrowotne w kontekście rozwoju psychoseksualnego*, (ss.63-83), [w:] Beisert, M., (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Poznań, Zakład Wydawniczy Domke.
238. Skowroński D., (2003) *Preferencje seksualne Polaków*, Poznań, INTERFUND.
239. Skreczko A., (2000), *Znaczenie ciągłej pedagogizacji rodziców dla wychowania prorodzinnego dziecka*, (ss.240-246), [w:] Chymuk M., Topa D., (red.), *Edukacja prorodzinną*, Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

240. Słupska-Kwiatkowska K., (2009), *Wartość wykształcenia w opinii współczesnej młodzieży*, (ss.23-39), [w:] Walczak-Duraj, D., (red.), *Wartości i postawy młodzieży polskiej*, Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
241. Soborski M., (1987), *Postawy. Ich badanie i kształtowanie*, Kraków, Wydawnictwo Naukowe WSP w Krakowie.
242. Sokoluk W., (2003), *Wychowanie do życia w rodzinie –przewodnik metodyczny dla nauczycieli*, Warszawa, Wydawnictwo WSiP.
243. Sokoluk W., Andziak, D., Trawińska, M., (1987), *Przysposobienie do życia w rodzinie*, Warszawa, WSiP.
244. Sosnowski A., (2010), *Postawy studentów wobec współczesnego świata*, Olsztyn, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Informatyki i Ekonomii TWP.
245. *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania oraz skutków stosowania w roku 2009 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży (2010)*.
246. Staszewicz M., (2004), *Przygotowanie do życia w rodzinie. W poszukiwaniu przedmiotu o przejrzystej tożsamości*, (ss.193-202), [w:] Chomczyńska-Rubacha M., (red.), *Rodzaj i płeć w edukacji*, Łódź, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna
247. Stulhofer A., Graham C., Bozicevic I., Kufrin K., Adjukovic D., (2007), *HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes And Sexual Behaviors as Predictors of Condom Use Among Young Adults in Croatia*, "International Family Planning Perspectives", nr 33/2, ss. 58-64.
248. Szawarski Z., (2003), *Etyka psychiatryczna*, "Medycyna po dyplomie", nr 12/01, ss.1-2.

249. Suliga E., (2004), *Inicjacja seksualna i stosowanie środków antykoncepcyjnych wśród studentów I roku akademii Świętokrzyskiej*, (ss.339-342), [w:] Jopkiewicz A., (red.), *Auksologia a promocja zdrowia*, t.3, Kielce, PAN.
250. Szumski F., (2008), *Zdrowie seksualne – pojęcie uniwersalne czy wytwór kultury zachodniej?*, "Przegląd Seksuologiczny", nr 15, ss.26.
251. Szumski J., (1997), *Kodeks Karny, Ustawa z dnia 6 czerwca 1997*, Lublin, Lubelskie Wydawnictwo Prawnicze.
252. Szymańska J., (2002), *Programy profilaktyczne. Podstawy współczesnej psychoprofilaktyki*, Warszawa, CMPPP.
253. Szymańska M., Woynarowska B., Mazur J., (2001), *Inicjacja seksualna i stosowanie środków antykoncepcyjnych u młodzieży w wieku lat 15 w Polsce i innych, wybranych krajach*, "Problemy Rodziny", nr 2, ss. 35-41.
254. Tanfer K., Cubbins L.A., (1992), *Coital Frequency Among Single Women: Normative Constraints and Situational Opportunities*, "The Journal of Sex Research", nr 2, ss. 221-250.
255. Terry D., Gallois C., McCarmish M., (1993). *The Theory and Health Care Behaviour*, (ss.1-29), [w:] Terry D., Gallois C., McCarmish M., (red.), *The theory of Reasoned Action*, Pergamon Press.
256. Tessier M., (1984), *Adolescence et sexualité: les enjeux de la prévention*, "Santé mentale au Québec", nr 9, 2, ss. 64-73.
257. Tokarska U., (1999), *Konfrontacja z samym sobą w ujęciu D. J. Levinsona*, (ss.205-218), [w:] Gałdowa A., (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
258. Trawińska M., (1998), *Wychowanie prorodzinne i seksualne w szkole polskiej – streszczenie raport (Raport Mały)*, (ss.77-89), [w:]

Rzepka J. (red.), Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS, Katowice, AGAT.

259. Trawińska M., (1985), hasło *NORMATYWNA REGULACJA W DZIEDZINIE SEKSU*, (ss.217), [w:] Imieliński K., (red.), *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*, Warszawa, PWN.
260. Trawińska M., (1995), *Raport z badań „wychowanie prorodzinne i seksualne w polskiej szkole*, "LIDER", ss.4-10.
261. Trubiłowicz E., (2008), *Studenci i ich świat – od stanu wojennego do Unii Europejskiej*, Lublin, Wydawnictwo KUL.
262. Tuner J.S., Helms D.B., (1999), *Rozwój człowieka*, Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
263. *Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7.01.1997r.*(Dz. U. NR 17. poz. 78).
264. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku, Kodeks Karny, (Dz.U. 1997 nr 88, poz. 553).
265. Val de Velde C. (0,04). *Autonomie et insertion des jeunes adultes , une comparaison France-Denmark*, "Horizons Stratégiques", nr 4, ss. 30-42.
266. Vourc'h R., Zilloniz S., (2008), *Les étudiants et leurs conditions de vie en Europe*, "Observatoire nationale de la vie étudiante", nr 20 - http://www.ove-national.education.fr/ove_infos/pdf/oi20_oi20.pdf, (dn. 25 .03.2010).
267. Warszawski J., (1997), *Comportements sexuels à risque du VIH ou d'autres germes pathogènes*, (ss.257-278), [w:] Lagrange H., Lhomond B., (red.), *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA*, Paris, La Decouverte.

268. Warylewski J., (2001), *Przestępstwa seksualne*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
269. Warylewski J., (2007), *Normy prawne w seksualizmie*, (ss.41-53), [w:] Rzepka J., (red.), *Zdrowie seksualne*, Mysłówice, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda w Mysłowicach.
270. Waszyńska K., (2003). *Życie seksualne studentów*, Poznań, INTERFUND.
271. Waszyńska K., Skowroński D., (2004), *Obszar zainteresowań seksualnych uczniów szkół podstawowych i średnich*, "Studia Edukacyjne", nr 6, ss. 255-265.
272. WHO (1987). *Concept of sexual health: report of a working group*. Regional Office for Europe.
273. WHO (2001), *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Reproductive health/pregnancy programme*, Copenhagen.
274. WHO, (2002), *Deklaracja Praw Seksualnych*, "Seksuologia Polska, 2003", nr 1, ss. 1-2.
275. Willoughby B.J., Carroll J.S., (2009), *The Impact of Living in Co-ed Resident Halls on Risk-taking Among College Students*, "Journal of American College-Health", nr 3, ss. 241-246.
276. Wojciechowska J., (2001), *Używanie alkoholu i środków odurzających przez studentów*, [w:] Sołtysiak T., Karwowska M., (red.), *Polska młodzież - zagrożenia, zaburzenia w aktualnej rzeczywistości społecznej*, Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
277. Wojciszke B., (2000), *Postawy i ich zmiana*, (ss. 80 -106), [w:] Strelau J., (red.), *Psychologia- podręcznik akademicki, t.3*, Gdańsk, GWP.

278. Wolański N., (1983), *Rozwój biologiczny człowieka*, Warszawa, PWN.
279. Wosińska W., (2004), *Psychologia życia społecznego*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
280. Woynarowska B., (2008). *Edukacja zdrowotna*, warszawa, PWN.
281. Woynarowska B., (2010), *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Warszawa, PWN.
282. Woynarowska B., Szymańska M., Mazur J., (1999), *Wiedza i przekonania o HIV/AIDS. Zachowania seksualne*, Warszawa, Wydawnictwo UW.
283. Woynarowska B., Szymańska M., Mazur J., (2001), *Inicjacja seksualna i stosowanie środków antykoncepcyjnych u młodzieży w wieku 15 lat w Polsce i w innych wybranych krajach*, "Problemy Rodziny", nr 2, ss.35-41.
284. Woynarowska B., Sokołowska M., (2001), *Ścieżka edukacyjna – edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia w szkole*, Warszawa: KOWEZ.
285. Wróblewska W., (1992), *Nastoletnie matki w Polsce - przygotowanie do życia seksualnego*, "Problemy Rodziny", nr 3, ss. 9-13.
286. Wróblewska W., (2001), *Wąż zamknięty czy otwarty? Młodzież w oczach demografa*, "Etos", nr 3(55), ss.124-137.
287. Wróblewska W., (2002), *Zachowania i postawy studentów w sferze seksualnej. Raport z badania*, Warszawa, Instytut Statystyki i Demografii SGH.
288. Wróblewska W., (2003), *Women's health status in Poland in the transition to a market economy*, (ss.121-159), [w:] Les facteurs sociaux et économiques de la santé des femmes, CICRED, Tunis,
289. Wróblewska W., (2006), *Postawy młodzieży w sferze seksualnej w Polsce w okresie przemian a potrzeba edukacji*, materiał

przygotowany dla Krajowego Centrum ds. AIDS do wykorzystania w ramach kampanii „Rodzina razem przeciw AIDS”, ([/www.aids.gov.pl/kampanie/2006/materialy](http://www.aids.gov.pl/kampanie/2006/materialy)).

290. Wróblewska W., (2007), *Living arrangements, reproductive behaviour, and entering adult sexuality in Poland; Main aspects of the sexual behaviour of the students*, (ss.157-178), [w:] Billari F.C., Caltabiano M., Dalla G., (red.), *Sexual and affective behaviour of students. An international research*, Padwa, CLEUP Editrice.
291. Yoo H., Lee S.H., Kwon B.E., Chung S., Kim S., (2005), *HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, Related Behaviors, and Sources of Information, among Korean Adolescents*, "Journal of School Health" nr 10, ss. 393-399.
292. *Youth in Europe. A statistical portrait of the lifestyle of young people* (<http://www.eulib.com/youth-europe-statistical-portrait-lifestyle-young>, z dnia 04.11.2010)
293. Zaitsev G.K, Zaitsev A.G., (2006), *Promoting Sex Education for a Healthy Life*, "Russian Education and Society", vol. 48, nr 7, ss. 75-91.
294. Ziarko M., (2006), *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych - uwarunkowania psychologiczne*, Poznań, Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
295. Zieliński A., (2006), *Problem występowania i zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową u młodzieży*, [w:] *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce. Materiały z konferencji – kancelaria Senatu RP*, Warszawa, 2006.
296. Zmarzłowski K., Jałowiecki P., (2008), *Dynamika zmian liczby studentów i preferencji wyboru kierunków studiów w Polsce w latach*

1991-2006, "Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu", t.10, zeszyt 1, ss. 515-521.

ANEKS

NARZĘDZIE BADAWCZE

- **wersja w języku polskim**
- **wersja w języku francuskim**

Szanowni Państwo,

Zwracam się do Państwa z serdeczną prośbą o wypełnienie niniejszego kwestionariusza, a tym samym wzięcie udziału w badaniu prowadzonym w ramach rozprawy doktorskiej pisanej na Wydziale Studiów Edukacyjnych UAM. Analiza porównawcza uzyskanych wyników ma na celu zebranie danych na temat zachowań seksualnych studentów w Polsce i we Francji w odniesieniu do przejawianych przez nich postaw wobec zdrowia seksualnego.

Udział w badaniu jest w pełni anonimowy, a wyniki będą użyte wyłącznie do celów naukowych, z zachowaniem zasady poufności. Wyniki mają służyć lepszemu zrozumieniu wyznaczników zachowań seksualnych oraz innym celom praktycznym ukierunkowanym na poprawę stanu zdrowia seksualnego osób w wieku wczesnej dorosłości.

Nie ma tutaj dobrych lub złych odpowiedzi, gdyż dotyczą one Państwa zachowań, opinii i wiedzy. Odpowiedzi proszę zaznaczyć krzyżykiem w kratce. Proszę o szczerą odpowiedź na wszystkie pytania, gdyż tylko wówczas możliwa będzie pełna analiza wyników (możliwość wykorzystania wyników w celach badawczych zależy przede wszystkim od wiarygodności udzielanych odpowiedzi).

Po wypełnieniu kwestionariusza proszę oddać go w zaklejonej kopercie osobie przeprowadzającej badanie.

Serdecznie dziękuję za współpracę i poświęcony czas

**KWESTIONARIUSZ DO BADANIA POSTAW WOBEC ZDROWIA SEKSUALNEGO
I WYBRANYCH ZMIENNYCH SOCJODEMOGRAFICZNYCH**

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1. Proszę zaznaczyć swoją płeć
 kobieta mężczyzna

2. Proszę zaznaczyć kraj pochodzenia
 Polska inny, jaki

3. Proszę określić swój wiek

4. Proszę podać wydział/ kierunek studiów

1. Proszę wybrać 5 z podanych poniżej wartości, które w życiu ceni Pani(Pan) najbardziej i uporządkować je kolejno według klucza: 5 punktów dla wartości najważniejszej i kolejno 4, 3, 2, 1 – dla wartości coraz mniej ważnych.

- 1. miłość, przyjaźń
- 2. dobre zdrowie, sprawność fizyczna
i psychiczna
- 3. poczucie humoru, dowcip
- 4. inteligencja, bystrość umysłu
- 5. wiedza, mądrość
- 6. radość, zadowolenie
- 7. odwaga, stanowczość
- 8. dobroć, delikatność
- 9. ładny wygląd, prezencja
- 10. bogactwo, majątek

wybrana wartość	punkty
	5 - MAX
	4
	3
	2
	1 - MIN

PONIŻEJ ZNAJDUJE SIĘ KILKA TWIERDZEŃ ODNOŚĄCYCH DO INDYWIDUALNEJ OCENY PEWNYCH DYSPOZYCJI I UMIEJĘTNOŚCI (AKTUALNYCH/PRZEWIDYWANYCH). PROSZĘ ZAZNACZYĆ, W JAKIM STOPNIU DOTYCZA ONE PANA(PANI).

2. Podejmuję zachowania seksualne, które są zgodne z obowiązującymi normami prawnymi i obyczajowymi

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

3. Podejmuję zachowania seksualne, które nie zagrażają bezpieczeństwu mojemu i partnera/partnerki

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

4. Podejmuję takie zachowania seksualne, które nie naruszają praw i potrzeb innych osób

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

5. Podejmuję takie zachowania seksualne, które są związane z dyskryminacją partnera/partnerki

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

6. Potrafię osiągać satysfakcję w wyniku podejmowanych kontaktów seksualnych (z partnerem/partnerką lub/i podczas masturbacji)

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

7. Wyrażam swoją seksualność poprzez:

	DOTYK	SŁOWA
<input type="checkbox"/> zdecydowanie tak	<input type="checkbox"/> zdecydowanie tak	<input type="checkbox"/> zdecydowanie tak
<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej tak	<input type="checkbox"/> raczej tak
<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć	<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć	<input type="checkbox"/> trudno powiedzieć
<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> raczej nie	<input type="checkbox"/> raczej nie
<input type="checkbox"/> zdecydowanie nie	<input type="checkbox"/> zdecydowanie nie	<input type="checkbox"/> zdecydowanie nie

8. Podejmuję świadome decyzje dotyczące posiadania potomstwa i środków regulacji płodności

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

9. Zdobynam systematycznie informacje dotyczące seksualności z różnych źródeł

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

10. Wykorzystuję rzetelne informacje dotyczące seksualności we własnych zachowaniach seksualnych

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

11. Korzystam z fachowej pomocy w zakresie problemów i chorób związanych z seksualnością

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

12. PONIŻEJ ZNAJDUJE SIĘ KILKA TWIERDZEŃ DOTYCZĄCYCH SEKSUALNOŚCI. PRZY KAŻDYM PROSZĘ ZAZNACZYĆ CZY - WEDŁYG PANA (PANI) - JEST ONO PRAWDZIWE CZY NIE.

	PRAWDA	FALSZ	NIE WIEM
a). Satysfakcjonujące kontakty seksualne są jednoznaczne z przeżyciem orgazmu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). Satysfakcjonujące kontakty seksualne wykluczają przeżywanie emocji takich jak lęk, złość, wstyd, strach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). Młody wiek inicjacji seksualnej <u>nie wpływa</u> na podwyższenie ryzyka negatywnych fizjologicznych i psychologicznych konsekwencji aktywności seksualnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d). Z punktu widzenia ryzyka zakażenia HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, najbardziej niebezpieczny jest stosunek waginalny (pochwowy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e). Masturbacja dziecięca <u>zawsze</u> jest nienaturalną i wymagającą interwencji formą zaspokojenia potrzeby seksualnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f). Kontakty homoseksualne <u>nie powinny</u> być traktowane jako zaburzenie, są jedną z orientacji seksualnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g). Zdrowie prokreacyjne zawiera w sobie prawo do podejmowania wolnych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących antykoncepcji, posiadania potomstwa i aborcji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h). Zdrowie seksualne zawiera w sobie umiejętność nawiązania relacji wolnych od wszelkich form dyskryminacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i). Nakłanianie do biernego przyglądania się (bezpośrednio lub za pośrednictwem filmów, zdjęć) zachowaniom seksualnym innych osób <u>nie</u> jest przemocą seksualną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j). Kontakty seksualne, w których jeden partner zależy od drugiego (ze względu na relację, pełnioną rolę, status) są niezgodne z pojęciem „zdrowie seksualne” i obowiązującym w Polsce prawem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. PONIŻEJ ZNAJDUJE SIĘ KILKA TWIERDZEŃ DOTYCZĄCYCH HIV/AIDS. PRZY KAŻDYM PROSZĘ **ZAZNACZYĆ** CZY - WEDŁYG PANI (PANA) - JEST ONO PRAWDZIWE CZY NIE.

TREŚĆ TWIERDZENIA	PRAWDA	FAŁSZ	NIE WIEM	NIE SŁYSZAŁE(A)M O HIV/AIDS
a). Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS jeśli będą się dobrze odżywiać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli nie słyszał Pani/ Pan o HIV/AIDS proszę przejść do kolejnego pytania				

b). Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS jeśli będą współżyli z jednym wiernym partnerem (partnerką)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c). Nie można zakazić się HIV/AIDS używając publicznych toalet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d). Ludzie mogą zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV/AIDS jeśli będą używać prezerwatyw podczas stosunków płciowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e). Można zakazić się HIV/AIDS dotykając innej osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f). Można zakazić się HIV/AIDS spożywając wspólnie posiłki z osobami chorymi na AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g). Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS jeśli będą unikać ukąszeń komarów i innych owadów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h). Ludzie mogą uniknąć zakażenia HIV/AIDS jeśli będą upewniać się, że każdy zastrzyk, jaki dostają, jest wykonany czystą igłą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KWESTIONARIUSZ DO BADANIA AKTYWNOŚCI SEKSUALNEJ

(PYTANIA DOTYCZĄ BIOGRAFII SEKSUALNEJ LUB PRZEDZIAŁU OSTATNICH 12 MIESIĘCY
POPREDZAJĄCYCH BADANIE)

1. Czy kiedykolwiek masturbował(a) się Pan(Pani)?

- tak
- nie

JEŚLI NA PYTANIE 1 ODPOWIEDZIAŁ PAN(I) **NIE**, TO PROSZĘ PRZEJŚĆ DO **PYTANIA 7**

2. Jak często stosuje Pani(Pan) masturbację?

- raz w życiu
- kilka razy w życiu
- często
- regularnie
- trudno powiedzieć (nie wiem)

3. Czy sposób masturbacji przypomina Pani(Panu) czynności, które są możliwe do powtórzenia w kontaktach seksualnych?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

4. Czy w trakcie masturbacji towarzyszą Panu(Pani) wyobrażenia kontaktu seksualnego?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

5. Czy podejmowana przez Pana(Panią) masturbacja niesie możliwość doznań bólowych lub uszkodzenia ciała?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

10. Ilu miał(a) Pan(Pani) partnerów seksualnych w swoim życiu (dotyczy różnych form zachowań seksualnych)?

11. Jak ocenia Pani(Pan) satysfakcję seksualną osiąganą w wyniku podejmowanych kontaktów seksualnych (ogólnie w swoim przypadku)?

ODPWIEDŹ NA TO PYTANIE, PROSZĘ ZAZNACZYĆ NA SKALI STAWIAJĄC KRZYŻYK NA WYBRANEJ PRZEZ SIEBIE WARTOŚCI LICZBOWEJ

0 1 2 3 4

brak satysfakcji

maksymalna satysfakcja

12. Czy zdarzyło się Panu(Pani) współżyć z partnerką(partnerem) bez jego zgody?

- nigdy
- raz w życiu
- czasem
- prawie za każdym razem
- regularnie, każdorazowo
- trudno powiedzieć

13. Czy zdarzyło się Pani(Panu) doznać uszkodzeń ciała w trakcie kontaktu seksualnego?

- nigdy
- raz w życiu
- czasem
- prawie za każdym razem
- regularnie, każdorazowo
- trudno powiedzieć

14. Czy zdarzyło się Panu(Pani), że partner(partnerka) skarżył(a) się na nierówne traktowanie w związku?

- nigdy
- raz w życiu
- czasem
- prawie za każdym razem
- regularnie, każdorazowo
- trudno powiedzieć

15. Czy zdarzyło się Panu(Pani) podjąć ważną decyzję bez uwzględnienia stanowiska partnera(partnerki)?

- nigdy
- raz w życiu
- czasem
- prawie za każdym razem
- regularnie, każdorazowo
- trudno powiedzieć

16. Czy zdarzyło się Pani(Panu) podjąć kontakt seksualny, mimo istniejącego zagrożenia (związanego z nieplanowaną ciążą, chorobami przenoszonymi drogą płciową)?

- nigdy
- raz w życiu
- czasem
- prawie za każdym razem
- regularnie, każdorazowo
- trudno powiedzieć

17. Czy zdarzyło się Panu(Pani) zbagatelizować konieczność skorzystania z fachowej pomocy seksuologa lub innego specjalisty zajmującego się tematyką seksuologiczną?

- nigdy
- raz w życiu
- czasem
- prawie za każdym razem
- regularnie, każdorazowo
- trudno powiedzieć

18. Jak często stosuje Pani(Pan) prezerwatywy?

PODCZAS STOSUNKÓW GENITALNYCH	PODCZAS STOSUNKÓW ANALNYCH
<input type="checkbox"/> nigdy	<input type="checkbox"/> nigdy
<input type="checkbox"/> raz w życiu	<input type="checkbox"/> raz w życiu
<input type="checkbox"/> czasem	<input type="checkbox"/> czasem
<input type="checkbox"/> prawie za każdym razem	<input type="checkbox"/> prawie za każdym razem
<input type="checkbox"/> regularnie, każdorazowo	<input type="checkbox"/> regularnie, każdorazowo
<input type="checkbox"/> nie podejmuję tej formy stosunków seksualnych	<input type="checkbox"/> nie podejmuję tej formy stosunków seksualnych

19. Jeśli decyduje się Pan(Pani) na współżycie bez prezerwatywy, jakie są tego przyczyny ?

.....

.....

.....

.....

20. Jakie jest źródło Pana(Pani) wiedzy o seksualności?

(MOŻNA ZAZNACZYĆ WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ ODPOWIEDŹ)

- | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> matka | <input type="checkbox"/> ojciec |
| <input type="checkbox"/> inny członek rodziny | <input type="checkbox"/> nauczyciel |
| <input type="checkbox"/> partner, partnerka | <input type="checkbox"/> sąsiad |
| <input type="checkbox"/> znajoma/znajomy | <input type="checkbox"/> lekarz |
| <input type="checkbox"/> media (radio, TV, Internet) | <input type="checkbox"/> literatura i prasa popularnonaukowa |
| <input type="checkbox"/> literatura i prasa fachowa | <input type="checkbox"/> inne, jakie |

Dziękuję za wypełnienie ankiety

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire et ainsi de participer à une étude que nous menons dans le cadre d'un programme scientifique, réalisé par l'Institut de psychothérapie et de promotion de la santé de l'Université Adam Mickiewicz à Poznań (Pologne). L'analyse comparée des résultats obtenus, lors de cette enquête, a pour objectif de recueillir des données sur le comportement sexuel des étudiants polonais et français, via leurs attitudes à l'égard de la santé sexuelle.

Nous garantissons que vos réponses seront traitées dans le respect de l'anonymat, et que les résultats seront utilisés uniquement à des fins scientifiques. Les résultats de l'enquête permettront de mieux comprendre les déterminants des comportements sexuels, et serviront à l'élaboration des solutions pratiques visant à l'amélioration de la santé sexuelle en général.

Merci de répondre aux questions en faisant une croix dans une case. Le questionnaire est à remettre ensuite sous enveloppe scellée à l'enquêteur.

Nous vous remercions de le remplir de façon aussi précise et honnête que possible. L'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout de la bonne qualité des informations recueillies.

Merci de votre collaboration!

**QUESTIONNAIRE D'ATTITUDES À L'EGARD DE LA SANTÉ SEXUELLE
FONCTION DE VARIABLES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES**

a. Quel est votre sexe

femme homme

b. Quelle est votre nationalité

.....

c. Quelle est votre langue maternelle

française autre (à préciser)

d. Quel âge avez-vous

.....

e. Quelle est votre faculté ou/et votre filière d'études

.....

1. Parmi les valeurs ci-dessous choisissez 5 valeurs que vous appréciez particulièrement et ajoutez-leur les points de 1 à 5 selon le degré d'importance.

Notez les points dans la colonne

(à hiérarchiser de **5** – la plus importante, **1** – la moins importante)

- 1. amour, amitié.
- 2. bonne santé, habileté physique et psychique
- 3. sens de l'humour
- 4. intelligence, lucidité d'esprit
- 5 savoir, sagesse
- 6 joie, satisfaction
- 7 courage, détermination
- 8 bonté, délicatesse
- 9 belle allure,
- 10 richesse, fortune

points	valeur
5 - MAX	
4	
3	
2	
1 - MIN	

VOUS TROUVEREZ CI-DESSOUS QUELQUES AFFIRMATIONS SUR L'ESTIMATION INDIVIDUELLE DE CERTAINES DISPOSITIONS ET CAPACITES. A QUEL POINT VOUS CONCERNENT-ELLES (EN CE MOMENT, A L'AVENIR) ? NOTEZ-LE.

2. J'engage (j'ai) des rapports sexuels conformes aux normes en vigueur (normes légales, sociales).

- oui, assurément
- plutôt oui
- je ne sais pas
- plutôt non
- pas du tout

3. J'engage (j'ai) des rapports sexuels qui ne menacent pas ma sécurité et ni celle du partenaire

- oui, assurément
- plutôt oui
- je ne sais pas
- plutôt non
- pas du tout

4. J'engage (j'ai) des rapports sexuels qui ne violent pas les droits et les besoins d'autres personnes

- oui, assurément
- plutôt oui
- je ne sais pas
- plutôt non
- pas du tout

5. J'engage (j'ai) des rapports sexuels liés de discrimination du partenaire

- oui, assurément
- plutôt oui
- je ne sais pas
- plutôt non
- pas du tout

6. J'éprouve de la satisfaction (pendant des rapports sexuels et la masturbation)

- oui, assurément
- plutôt oui
- je ne sais pas
- plutôt non
- pas du tout

7. J'exprime ma sexualité par :

DES GESTES	DES TOUCHES	DES MOTS
<input type="checkbox"/> oui, assurément	<input type="checkbox"/> oui, assurément	<input type="checkbox"/> oui, assurément
<input type="checkbox"/> plutôt oui	<input type="checkbox"/> plutôt oui	<input type="checkbox"/> plutôt oui
<input type="checkbox"/> je ne sais pas	<input type="checkbox"/> je ne sais pas	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
<input type="checkbox"/> plutôt non	<input type="checkbox"/> plutôt non	<input type="checkbox"/> plutôt non
<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas du tout	<input type="checkbox"/> pas du tout

8. Je prends des décisions responsables concernant les enfants ou les méthodes de contraception

- oui, assurément
- plutôt oui
- je ne sais pas
- plutôt non
- pas du tout

9. Je prends fréquemment des informations sur la sexualité

- oui, assurément
- plutôt oui
- je ne sais pas
- plutôt non
- pas du tout

10. Mes comportements sexuels profitent des informations sur la sexualité

- oui, assurément
- plutôt oui
- je ne sais pas
- plutôt non
- pas du tout

11. En cas de problèmes de santé liés à ma sexualité, je consulte un médecin


- oui, assurément
- plutôt oui
- je ne sais pas
- plutôt non
- pas du tout

12. VOUS TROUVEREZ CI-DESSOUS QUELQUES AFFIRMATIONS SUR LA SEXUALITE. SONT-ELLES VRAIES OU FAUSSES ? NOTEZ VOTRE AVIS A COTE DE CHACUNE

	VRAI	FAUX	JE NE SAIS PAS
a). les rapports sexuels satisfaisants sont liés à l'orgasme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.) les rapports sexuels satisfaisants excluent les émotions telles que la peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). l'âge jeune d'initiation sexuelle <u>n'augmente pas</u> le risque de conséquences négatives, aussi bien physiologiques que psychiques, sur l'activité sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d). les rapports vaginaux sont ceux qui comportent le risque le plus élevé de transmission du VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e). <u>Chaque fois</u> la masturbation enfantine n'est pas naturelle pour satisfaire un désir sexuel elle demande une intervention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f). l'homosexualité n'est qu'une orientation sexuelle et ne peut pas être jugée comme une déviation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g). le concept de la procréation implique le droit de prendre des décisions libres sur les méthodes contraceptives, la planification familiale, l'avortement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h). le concept de santé sexuelle implique la capacité de nouer des relations libres de toute discrimination (liée à l'âge, la couleur de la peau, l'origine sociale ou ethnique, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i). inciter quelqu'un à l'observation passive de rapports sexuels d'autres personnes (directe ou indirecte : films et photos) <u>n'est pas</u> une forme d'abus sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j). les rapports sexuels où un partenaire dépend de l'autre (hiérarchie, statut) ne correspondent pas au concept de santé sexuelle et au droit en vigueur français	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. VOUS TROUVEREZ CI-DESSOUS QUELQUES AFFIRMATIONS SUR LE SIDA. SONT-ELLES VRAIES OU FAUSSES ? NOTEZ VOTRE AVIS A COTE DE CHACUNE

	VRAI	FAUX	JE NE SAIS PAS	JE N'AI PAS D'INFORMATIONS SUR LE SIDA(allez a la question 1p.7)
a). on peut éviter la contamination et la transmission du VIH, en se nourrissant bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). on peut éviter la contamination en n'ayant que des rapports sexuels avec un partenaire fidèle non-contaminé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). on peut être contaminé en allant dans les toilettes publiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d). l'usage du préservatif (de manière correcte) lors de chaque rapport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sexuel fait baisser à un minimum le risque de transmission du VIH				
e). on peut être contaminé en touchant une personne affectée par le SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f). on peut être contaminé en mangeant à côté d'une personne contaminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g). on peut éviter la contamination en évitant les piqûres de moustiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l). on peut éviter la contamination en utilisant des aiguilles jetables non-usagées lors de chaque injection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE D'ACTIVITES SEXUELLES

(POUR CE QUESTIONNAIRE ENCERLER LA REPONSE QUI REPRESENTE VOTRE BIOGRAPHIE SEXUELLE OU VOTRE EXPERIENCE DANS LA DERNIERE ANNEE)

1. Vous êtes-vous déjà masturbé(e)?

- oui
 non

SI **NON**, PASSEZ DIRECTEMENT A LA **QUESTION 7** .

2. A quelle fréquence vous masturbez-vous?

- une fois dans ma vie = une fois
 quelques fois dans ma vie = quelquefois
 assez souvent
 régulièrement
 je ne sais pas

3. Les techniques de masturbation vous évoquent-elles des comportements sexuels possibles à reproduire lors de rapport sexuel?

- assurément oui
 plutôt oui
 je ne sais pas

12. Avez-vous eu des rapports sexuels avec une personne sans qu'elle vous en donne son consentement ?

- jamais
- une seule fois dans ma vie
- quelques fois dans ma vie
- assez souvent
- régulièrement
- je ne sais pas

13. Avez-vous déjà eu des lésions lors d'un rapport sexuel?

- jamais
- une seule fois dans ma vie
- quelques fois dans ma vie
- assez souvent
- régulièrement
- je ne sais pas

14. Votre partenaire s'est-il (elle) plaint(e) d'un traitement inégalitaire au sein de votre couple?

- jamais
- une seule fois dans ma vie
- quelques fois dans ma vie
- assez souvent
- régulièrement
- je ne sais pas

5. Avez-vous déjà pris une décision importante (dans votre vie, surtout dans votre vie sexuelle) sans avoir demandé l'avis de votre partenaire ?

- jamais
- une seule fois dans ma vie
- quelques fois dans ma vie
- assez souvent
- régulièrement
- je ne sais pas

16. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles non protégées malgré le risque qui en résulte (grossesse non voulue, maladies sexuellement transmissibles)?

- jamais
- une seule fois dans ma vie
- quelques fois dans ma vie
- assez souvent
- régulièrement
- je ne sais pas

17. Avez-vous déjà sous-estimé le besoin de consulter un spécialiste en sexologie?

- jamais
- une seule fois dans ma vie
- quelques fois dans ma vie
- assez souvent
- régulièrement
- je ne sais pas

18. A quelle fréquence utilisez-vous des préservatifs?

PENDANT LE COÏT VAGINAL	PENDANT LE COÏT ANAL
<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> jamais
<input type="checkbox"/> une seule fois dans ma vie	<input type="checkbox"/> une seule fois dans ma vie
<input type="checkbox"/> quelques fois dans ma vie	<input type="checkbox"/> quelques fois dans ma vie
<input type="checkbox"/> assez souvent	<input type="checkbox"/> assez souvent
<input type="checkbox"/> régulièrement	<input type="checkbox"/> régulièrement
<input type="checkbox"/> je n'ai pas ce type de rapports sexuels	<input type="checkbox"/> je n'ai pas ce type de rapports sexuels

19. Si vous avez déjà eu des relations sexuelles sans préservatif, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

20. Quelle est votre source d'information privilégiée sur la sexualité?

(PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)

- | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mère | <input type="checkbox"/> père |
| <input type="checkbox"/> autre membre de famille | <input type="checkbox"/> professeur |
| <input type="checkbox"/> partenaire, conjoint(e) | <input type="checkbox"/> prêtre |
| <input type="checkbox"/> ami(e) | <input type="checkbox"/> médecin |
| <input type="checkbox"/> média (radio, télévision, Internet | |
| <input type="checkbox"/> magazines de vulgarisation scientifique | |
| <input type="checkbox"/> littérature et presse scientifique | |
| <input type="checkbox"/> autres (à préciser)..... | |

Merci !!!

SPIS TABEL

- Tabela 1. Odchylenia seksualne w zakresie obiektu**43**
- Tabela 2. Zaburzenia seksualne wg World Health Organisation
.....**45**
- Tabela 3. Stadia rozwoju w ujęciu Erica Eriksona..... **129**
- Tabela 4. Ery rozwoju w ujęciu Daniela Levinsona..... **131**
- Tabela 5. Stadium rozwoju w ujęciu Roberta Havighursta..... **135**
- Tabela 6. Operacjonalizacja zmiennej zależnej..... **154**
- Tabela 7. Charakterystyka próby badawczej (liczebność grup)..... **172**
- Tabela 8. Charakterystyka próby badawczej ze względu na wiek
(statystyki opisowe)..... **172**
- Tabela 9. Charakterystyka próby badawczej ze względu na wiek
studentów w Polsce i we Francji (statystyki opisowe)..... **173**
- Tabela 10. Charakterystyka próby badawczej ze względu
na płeć (liczebność grup)..... **173**
- Tabela 11. Tabela krzyżowa podejmowanej aktywności
autoseksualnej i kraju pochodzenia..... **175**
- Tabela 12. Tabela krzyżowa podejmowanej aktywności
seksualnej z partnerem i kraju pochodzenia..... **176**
- Tabela 13. Średni wiek inicjacji seksualnej studentów (statystyki
opisowe)..... **179**
- Tabela 14. Średnia liczba dotychczasowych partnerów
seksualnych (statystyki opisowe)..... **181**
- Tabela 15. Satysfakcja z aktywności seksualnej studentów (statystyki
opisowe)..... **185**
- Tabela 16. Satysfakcja z aktywności seksualnej studentów
(liczebność grup)..... **185**

- Tabela 17. Ryzyko aktywności seksualnej studentów (statystyki opisowe).....**189**
- Tabela 18. Ryzyko aktywności seksualnej studentów (liczebność grup).....**190**
- Tabela 19. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytania o przyczyny podejmowania aktywności seksualnej bez prezerwatywy wśród studentów w Polsce i we Francji.....**199**
- Tabela 20. Wypełnienie kryteriów zdrowia seksualnego przez studentów (statystyki opisowe).....**201**
- Tabela 21. Wypełnienie kryteriów zdrowia seksualnego przez studentów (liczebność grup).....**202**
- Tabela 22. Postawy wobec zdrowia seksualnego studentów (liczebności grup).....**205**
- Tabela 23. Komponent poznawczy postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (statystyki opisowe).....**208**
- Tabela 24. Komponent poznawczy postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (liczebności grup).....**209**
- Tabela 25. Wartość wskaźnika WHO PI 1 wśród studentów w Polsce i we Francji.....**211**
- Tabela 26. Procentowy rozkład poprawnych odpowiedzi na pytania o efektywne sposoby zabezpieczenia się przed HIV/AIDS w zależności od kraju pochodzenia.....**211**
- Tabela 27. Źródła wiedzy o seksualności w grupie studentów w Polsce i we Francji.....**214**
- Tabela 28. Komponent emocjonalny postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (statystyki opisowe).....**227**
- Tabela 29. Komponent poznawczy postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (liczebności grup).....**227**

- Tabela 30. Komponent behawioralny postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (statystyki opisowe).....**231**
- Tabela 31. Niskie i wysokie wyniki w zakresie komponentu behawioralnego postawy studentów wobec zdrowia seksualnego (liczebności grup).....**232**
- Tabela 32. Predyktory satysfakcji z aktywności seksualnej studentów.....**234**
- Tabela 33. Predyktory satysfakcji z aktywności seksualnej w grupie studentów z Polski.....**235**
- Tabela 34. Predyktory ryzyka aktywności seksualnej studentów**237**
- Tabela 35. Predyktory ryzyka aktywności seksualnej w grupie studentów z Polski.....**238**
- Tabela 36. Predyktory ryzyka aktywności seksualnej w grupie studentów z Francji.....**240**
- Tabela 37. Predyktory wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem wśród studentów.....**247**
- Tabela 38. Predyktory wypełniania kryteriów zdrowia seksualnego związanych z relacją z partnerem w grupie studentów z Polski.....**249**

SPIS WYKRESÓW

- Wykres 1. Średni wiek inicjacji seksualnej studentów w Polsce i we Francji.....**179**
- Wykres 2. Średnia liczba dotychczasowych partnerów seksualnych studentów w Polsce i we Francji.....**182**
- Wykres 3. Niskie i wysokie wyniki w zakresie satysfakcji z aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji.....**186**
- Wykres 4. Niskie i wysokie wyniki w zakresie ryzyka aktywności seksualnej studentów w Polsce i we Francji.....**191**
- Wykres 5. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosowanie prezerwatywy w trakcie aktywności genitalnej**192**
- Wykres 6. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o stosowanie prezerwatywy w trakcie aktywności analnej**193**
- Wykres 7. Niskie i wysokie wyniki w zakresie zmiennej wypełnianie kryteriów zdrowia seksualnego przez studentów w Polsce i we Francji.....**203**
- Wykres 8. Postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji.....**205**
- Wykres 9. Niskie i wysokie wyniki w zakresie komponentu poznawczego postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji.....**210**
- Wykres 10. Niskie i wysokie wyniki w zakresie komponentu emocjonalnego postawy wobec zdrowia seksualnego studentów w Polsce i we Francji.....**228**

SPIS SCHEMATÓW

- Schemat 1. Możliwe ryzyko związane z aktywnością seksualną nastolatków i młodych dorosłych.....**30**
- Schemat 2. Klasyfikacja zaburzeń seksualnych według Imielińskiego.....**41**
- Schemat 3. Aktywność seksualna.....**55**
- Schemat 4. Struktura postawy.....**92**
- Schemat 5. Komponenty postawy.....**96**
- Schemat 6. Elementy istotne w procesie kształtowania i zmiany postaw.....**111**
- Schemat 7. Aspekty dojrzałości.....**113**
- Schemat 8. Porównanie związków preintymnych z okresu adolescencji i związków intymnych z okresu wczesnej dorosłości.....**123**
- Schemat 9. Model zależności między zmiennymi wyróżnionymi w pracy.....**165**
- Schemat 10. Efekt mediacji między komponentem behawioralnym a liczbą dotychczasowych partnerów seksualnych dla ryzyka zachowań seksualnych.....**238**
- Schemat 11. Efekt mediacji między komponentem behawioralnym postawy a liczbą dotychczasowych partnerów seksualnych dla ryzyka zachowań seksualnych studentów z Polski.....**239**
- Schemat 12. Związek między postawą a zachowaniem - Teoria Uzasadnionego Działania.....**242**
- Schemat 13. Związek między postawą a zachowaniem - Teoria Planowanego Zachowania.....**243**