

Ocena życia seksualnego mężczyzn

Rating sexual life of men

Igor Sorochynski¹, Solomiia Sorochynska¹,
Sorochynska Bozena¹, Oksana Hdyrya², Andrij Bazylewicz²

¹ Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

² Lviv National Medical University n.a. Danylo Halytsky, Ukraine

Streszczenie

Wstęp. Seksualność człowieka jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Przyjemność seksualna według definicji Deklaracji Praw Seksualnych Światowej Organizacji Zdrowia jest źródłem fizycznego, psychologicznego, intelektualnego i duchowego dobrostanu człowieka

Celem pracy była ocena życia seksualnego mężczyzn leczonych z powodu niepłodności.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono w grupie 121 pacjentów, których podzielono na dwie grupy. Pierwsza grupa badanych to mężczyźni w wieku od 20. do 40. r.ż. leczeni z powodu niepłodności w Przychodni OVEA w Lublinie. Drugą grupę, tzw. kontrolną, stanowili zdrowi mężczyźni w wieku od 20. do 40. r.ż. posiadający rodzinę lub będący w stałych związkach. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Metodą zastosowaną w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny, zaś narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Wnioski. Mężczyźni leczeni z powodu niepłodności oceniają swoje życie seksualne jako udane. Czynnikiem skłaniającym do podejmowania kontaktów seksualnych mężczyzn z problemem niepłodności jest głównie przyjemność, a nie obowiązek.

**European Journal
of Medical Technologies**
2015; 1(6): 43-49

Copyright © 2015 by ISASDMT
All rights reserved

www.medical-technologies.eu
Published online 30.06.2015

Adres do korespondencji:

Івано-Франківського
національного
медичного університету
Івано-Франківськ
вул.П.Орлика 5 кв.1

Słowa kluczowe:

życie seksualne,
niepłodność,
satysfakcja

Human sexuality is an integral part of human life. The aim of the study was to assess sexual life of men treated for infertility. The study included 121 patients who were divided into two groups. The first group of respondents were the men aged 20 to 40, treated for infertility clinic OVEA in Lublin. The second group were healthy men between the ages of 20 to 40. The method used in this study was a diagnostic survey. The obtained results were statistically analyzed. Men treated for infertility rate their sex life as successful. A driving force to make sexual contact men with the problem of infertility is mainly a pleasure rather than a duty.

Key words:

sexual life infertility, satisfaction

Wstęp

Seksualność człowieka jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Przyjemność seksualna według definicji Deklaracji Praw Seksualnych Światowej Organizacji Zdrowia jest źródłem fizycznego, psychologicznego, intelektualnego i duchowego dobrostanu człowieka [1,2].

Bardzo duże znaczenie ma właściwe zaspokojenie popędu płciowego człowieka, ponieważ potrzeby seksualne są jednym z najsilniejszych motywów ludzkiego działania. Zadowolenie seksualne można zaobserwować poprzez naturalnie obiektywne wskaźniki typu: wilgotność pochwy, wytrysk oraz orgazm [1,2,3].

Do form zaspokajania popędu seksualnego należą: pieścizoty twarzy oraz ciała (przytulanie się, pocałunek w usta oraz twarz, nagość partnera, dotykanie narządów płciowych przez partnera, pieścizoty piersi oraz łechtaczki, pobudzanie genitaliów ręką, orgazm w wyniku pieścizot ustami narządów płciowych, wytrysk w wyniku ręcznego pobudzenia przez partnerkę), pozycje seksualne, aktywność seksualna oraz orgazm wywołany przez samopobudzenie ręką lub przyrzędem [1,4,5,6,7,8].

Problemy w sferze płciowości mogą przyczynić się do powstania zaburzeń nie tylko w wymiarze fizycznym, szczególnie gdy ich konsekwencją jest brak możliwości posiadania dzieci. Dostrzeżenie nieprawidłowości w tej płaszczyźnie powinno skłonić do konsultacji lekarskiej oraz ewentualnego postępowania diagnostycznego i leczniczego, jednakże często pojawia się tu problem braku świadomości potrzebnych działań lub nadmiaru zahamowań przed ujawnieniem dolegliwości intymnych, szczególnie wśród mężczyzn [1,4,5,6,7,8].

Celem pracy była ocena życia seksualnego mężczyzn leczonych z powodu niepłodności.

Materiał i metodyka

Badanie zostało przeprowadzone wśród 121 pacjentów, których podzielono na dwie grupy. Pierwsza grupa badanych to mężczyźni w wieku od 20. do 40. r.ż. leczeni z powodu niepłodności w Przychodni OVEA w Lublinie. Drugą grupę, tzw. kontrolną, stanowili zdrowi mężczyźni w wieku od 20. do 40. r.ż. posiadający rodzinę lub będący w stałych związkach. Dla utrzymania klarowności wywodu zastosowano w opisie wyników badań określenia: dla mężczyzn leczonych z powodu niepłodności „chorzy” i dla mężczyzn niemających problemów z płodnością „zdrowi”. Powyższe formuły są jedynie oznaczeniami formalnymi i nie oddają w pełni wartości definicyjnej wyjaśnionych pojęć.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UM w Lublinie. Metodą zastosowaną w niniejszej pracy był sondaż diagnostyczny, zaś narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Wyniki

Subiektywna ocena życia seksualnego ankietowanych wygląda podobnie w przypadku mężczyzn zdrowych i chorych. Najwięcej badanych uznało je za udane (56,86% starających się o ciążę i 52,86% zdrowych); jako bardzo udane określiło je około 27% badanych

w obu grupach. Niższa ocena dotyczyła 15,69% ankietowanych z zaburzeniami reprodukcji oraz 20% zdrowych mężczyzn. Analiza korelacji rang Spearmana wykazała, iż pomiędzy zmienną wykształcenia respondentów obciążonych problemem niepłodności a ich deklarowaną oceną życia seksualnego zachodzi ujemna korelacja, istotna statystycznie ($p=0,033$), co oznacza, że im wyższe wykształcenie, tym niższe zadowolenie z jakości życia seksualnego ($R=-0,299$) (por. tab. 1).

Analizę inicjowania kontaktów seksualnych w związku przedstawiono na wykresie 1 (ryc. 1). Wśród ankietowanych z zaburzeniami płodności najmniej mężczyzn zadeklarowało przewagę inicjowania kontaktów seksualnych ze strony partnerki (7,84%, $n=4$). Spośród nich 27,45% ($n=14$) wskazało na zmienność tej inicjatywy w związku, a 29,41% ($n=15$) na wspólne podejmowanie działań inicjujących stosunek. Największa liczba leczonych (35,29%, $n=18$) uznała siebie za osobę zazwyczaj rozpoczynającą kontakty seksualne. W grupie zdrowych za samodzielnym inicjowaniem czynności seksualnych opowiedziała się nieznacznie mniejsza liczba mężczyzn (31,43%, $n=22$), jednakże panowie z tej grupy najczęściej wskazywali na wspólne działania w tym zakresie (41,43%, $n=29$). Spośród zdrowych uczestników badania 22,86% odpowiedziało, iż inicjatywa kontaktów seksualnych w ich związkach jest przemienne ($n=16$), natomiast jedynie co dwudziesty zdrowy badany przyznał w tej kwestii pierwszeństwo swojej partnerce (4,29%, $n=3$). Nie odnotowano istotnych statystycznie zależności inicjacji kontaktów seksualnych pomiędzy badanymi grupami ($p=0,532$).

Jako czynnik skłaniający do podejmowania kontaktów seksualnych mężczyźni zmagający się z problemem niepłodności wskazywali najczęściej przyjemność (88,24%), podobnie jak zdrowi uczestnicy ankiety (91,43%). Zdecydowanie rzadziej badani z problemem niepłodności uznawali w tej kwestii rolę obowiązku (7,84%), zaś najmniej z nich (3,92%) przyznało, że kierują nimi czynniki inne od wymienionych. W przypadku mężczyzn zdrowych odsetek wskazujących na obowiązek oraz na inne powody był taki sam i wynosił 4,29% (por. tab. 2). Różnice te nie były istotne statystycznie ($p=0,709$).

Spośród podanych respondentom do wyboru form aktywności seksualnej (tab. 3), doświadczanych w czasie trwania związku, najwyższą średnią otrzymał stosunek pochwy – zarówno w grupie mężczyzn zdrowych (średnia: 4,514; mediana: 5,0), jak i obciążonych niepłodnością (średnia: 4,627; mediana: 5,0). Kolejno najwięcej punktów badani przyznali pocałunkom (średnia wśród leczonych: 4,216; wśród zdrowych: 4,20), następnie pieścizdom i grze wstępnej (średnia wśród leczonych: 3,922; wśród zdrowych: 4,086). Najniższy wynik na skali liczbowej zastosowanej przez uczestników badania przypadł masturbacji wzajemnej z partnerką (średnia wśród leczonych: 2,392; wśród zdrowych: 2,443) oraz samodzielnej (średnia wśród leczonych: 1,804; wśród zdrowych: 2,00). Odnotowane różnice w ocenie poszczególnych form aktywności seksualnej pomiędzy chorymi a zdrowymi nie osiągnęły istotności statystycznej.

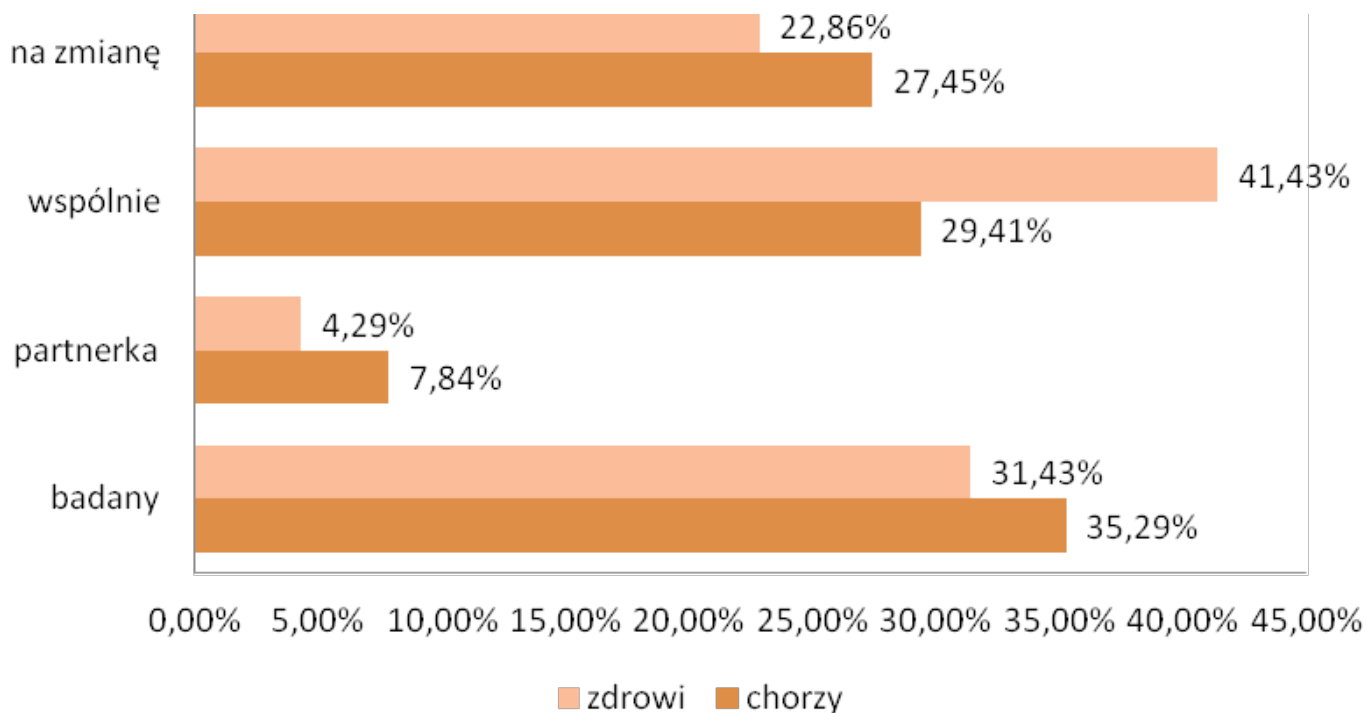
Odpowiedzi ankietowanych na pytanie o częstotliwość zczytowania ich partnerek były bardzo zróżnicowane (tab. 4). Wśród zdrowych mężczyzn największy odsetek stanowią twierdzący, że orgazm występuje u ich partnerek podczas każdego stosunku (35,71%); nieco mniej spośród nich wybrało „osiem na dziesięć stosunków” – u mężczyzn z zaburzeniami reprodukcji ta właśnie odpowiedź była najczęściej typowana (27,45%), prawie tak samo często ich wybór padał na „sześć na dziesięć” (23,53%). Już tylko co piąty respondent starający się o ciążę uznawał, że doprowadza swoją partnerkę do orgazmu za każdym razem (19,61%). Najmniejszą liczebność zanotowano w obu grupach w przypadku odpowiedzi „nigdy” (3,92 leczonych oraz 1,43 zdrowych).

Dyskusja

Seksualna aktywność człowieka jest częścią jego społecznych zachowań. Jak donoszą badania naukowe, satysfakcja z życia seksualnego oraz spełnienie seksualne podnoszą ogólną jakość życia. Badacze podkreślają duży wpływ czynników osobowościowych na postawę wobec zachowań seksualnych oraz współżycia seksualnego. Zmienne osobowości wpływają na częstość stosunków oraz

Ryc. 1.

Inicjowanie kontaktów seksualnych w związku

**Tabela 1.**

Ocena życia seksualnego badanych mężczyzn

Ocena	Chorzy	Zdrowi
Bardzo udane	14 (27,45%)	19 (27,14%)
Udane	29 (56,86%)	37 (52,86%)
Przeciętne lub niżej	8 (15,69%)	14 (20,00%)

Tabela 2.

Czynniki skłaniające do kontaktów seksualnych

Czynnik	Przyjemność	Obowiązek	Inne
Chorzy	45 (88,24%)	4 (7,84%)	2 (3,92%)
Zdrowi	64 (91,43%)	3 (4,29%)	3 (4,29%)

Tabela 3.

Frekwencja doświadczania form aktywności seksualnej

Forma aktywności seksualnej	Chorzy			Zdrowi			Z	p
	Średnia	Mediana	Średnia ranga	Średnia	Mediana	Średnia ranga		
Pocałunki	4,216	5,000	62,1	4,200	4,000	60,2	0,309	0,757
Masturbacja	1,804	1,000	59,0	2,000	1,000	62,5	-0,590	0,555
Wzajemna masturbacja	2,392	3,000	60,6	2,442	2,000	61,3	-0,121	0,904
Pieszczoty i gra wstępna	3,921	4,000	57,4	4,085	4,000	63,6	-1,016	0,310
Stosunek oralny	2,490	2,000	54,3	3,000	3,000	65,9	-1,849	0,064
Stosunek pochwowy	4,627	5,000	60,6	4,514	5,000	61,3	-0,115	0,909
Stosunek analny			55,4			65,1	-1,863	0,062

Tabela 4.

Częstość osiągnięcia orgazmu przez partnerkę

Częstość	Chorzy	Zdrowi
Nigdy	2 (3,92%)	1 (1,43%)
2/10 stosunków	5 (9,80%)	10 (14,29%)
4/10 stosunków	8 (15,69%)	6 (8,57%)
6/10 stosunków	12 (23,53%)	12 (17,14%)
8/10 stosunków	14 (27,45%)	16 (22,86%)
Zawsze	10 (19,61%)	25 (35,71%)

postawy wobec współżycia. Częstotliwość inicjacji seksualnej jest wyższa u osób ekstrawertywnych i otwartych. Ekstrawertycy częściej wykazywali zadowolenie z emocjonalnego i fizycznego kontaktu z partnerką. Natomiast osobom neurotycznym często towarzyszą niepokój oraz niezadowolenie podczas stosunku płciowego [1,9,10,11]. W badaniach własnych ponad 1/3 ankietowanych stwierdziło, że kontakty seksualne w ich związku inicjuje mężczyzna lub wspólnie z partnerką podejmują tę decyzję, a 1/4 zaznaczyła zamienne rozpoczynanie współżycia. Badania własne wykazały także, że mężczyźni od 25. r.ż. częściej współżycją. Ponad połowa wszystkich badanych mężczyzn współżyje 3-4 razy w tygodniu. Z Raportu Izdebskiego [12] wynika, że ponad połowa ankietowanych jest aktywna seksualnie przynajmniej raz w tygodniu, a 1/3 internautów współżyje seksualnie 2-3 razy na tydzień. Badania własne potwierdziły, że średnio jeden na dziesięciu zdrowych mężczyzn i aż co piąty chory deklaruje podejmowanie stosunku seksualnego nawet do trzech razy dziennie. Raz w tygodniu współżyje 17,65% chorych oraz 25,71% zdrowych, natomiast znacznie mniejsze odsetki ankietowanych dotyczą odbywania stosunków rzadziej. Dane z literatury wykazują znaczną różnorodność zachowań seksualnych zależnych od wieku, regionu oraz płci.

Według badań własnych ok. 90% mężczyzn obydwu grup do podejmowania kontaktów seksualnych skłania przyjemność, ponadto $\frac{3}{4}$ mężczyzn jest zaspokojonych seksualnie przez swoje partnerki. Z raportu [13] wynika, iż 2/3 ankietowanych zgłasza problemy podczas inicjacji seksualnej – są to zazwyczaj zbyt duże potrzeby seksualne, większa lub mniejsza chęć współżycia w porównaniu z potrzebami któregoś z partnerów, niemożność osiągnięcia orgazmu. Inne badania Lwa-Starowicza [14] pokazują, że większość mężczyzn (80%) jest usatysfakcjonowana kontaktem fizycznym ze swoją partnerką, a 70% badanych prowadzi aktywne życie seksualne.

W ostatnich latach pojawiło się wiele sondaży mających na celu diagnozę aktywności i zdrowia seksualnego społeczeństwa. Jednym z nich jest Raport Polpharmy z 2010 r. [13], z którego wynika, że okres najwyższej aktywności seksualnej przypada na wiek pomiędzy 26. a 35. r.ż., a więc na okres reprodukcyjny

człowieka. Wymiernym wskaźnikiem zadowolenia z życia seksualnego jest osiąganie orgazmu i u ponad połowy respondentów występuje on podczas każdego lub prawie każdego stosunku, przy czym u mężczyzn zdarza się to częściej niż u kobiet [92,7%]. Natomiast 4% deklaruje zupełny brak orgazmu. Powszechnie są stosowane także alternatywne formy zaspokajania popędu płciowego: większość panów przyznaje się do masturbacji (85,8%) oraz do kontaktów oralnych (83,8%), a mniej niż połowa z nich do współżycia analnego (49%). Niektórzy korzystają ze środków urozmaicających życie seksualne. Badania własne wykazały, że wszyscy ankietowani doświadczają często pocałunków (śr. 4,2), pieszczot i gry wstępnej (śr. 4) oraz stosunku pochwowego (śr. 4,55) jako form aktywności seksualnej. Rzadziej odczuwają potrzebę masturbacji (śr. 1,9), wzajemnej masturbacji (śr. 2,4), stosunku analnego (śr. 2,5) oraz oralnego (śr. 2,7). Izdebski [12] stwierdza, że ponad 85% płci męskiej podejmuje próby masturbacji, a połowa ankietowanych masturbuje się. Do kontaktów oralnych przyznaje się 83,8% mężczyzn. Wyniki badań Langstrom, Hanson [15] sugerują, że osoby z problemami behawioralnymi, rozwojowymi czynnikami zdrowia, niestabilnością w związkach, nadużywaniem substancji psychoaktywnych cechują się hiperseksualnością, co koreluje z wysokimi wskaźnikami masturbacji oraz seksu bezosobowego. Z badań przeprowadzonych przez Chodecką [16] wynika, że 85% badanych deklaruje masturbowanie się u mężczyzn w wieku wczesnej dorosłości (19-34 lat), wywodzących się często z rodzin patologicznych. Występowanie takich zachowań mocno koreluje ze wskaźnikami potrzeby seksualnej oraz wytrysku w tej grupie. W badaniach własnych takich różnic nie zaobserwowano.

Potrzeba seksualna definiowana jest jako właściwość organizmu, która polega na okresowym tworzeniu napięcia psychofizycznego, możliwego do zminimalizowania dzięki próbie czynności seksualnej, co prowadzi do satysfakcji seksualnej. Według niektórych badań poziom potrzeby seksualnej jest wyższy u kobiet niż u mężczyzn, co może wynikać z nieumiejętnego zaspokojenia partnerki podczas współżycia seksualnego. W związku małżeńskim/partnerskim potrzeba seksualna łączy się pozytywnie

z oczekiwaniami na tle seksualnym, częstością i przyjemnością stosunków płciowych [17]. Z badań własnych wynika, że podczas współżycia seksualnego partnerki 1/3 zdrowych respondentów zawsze osiąga orgazm (35,7%), gdzie u mężczyzn leczonych z powodu niepłodności kobiety szczytują podczas 8/10 stosunków płciowych (27,5%). Izdebski [12] wskazuje, że 56% osób doświadcza orgazmu przy prawie każdej aktywności seksualnej. Osoby płci męskiej częściej odczuwały orgazm (92,7%) w porównaniu z osobami płci przeciwnej (jedynie 38,4% zawsze lub prawie zawsze).

Wnioski

1. Mężczyźni leczeni z powodu niepłodności oceniają swoje życie seksualne jako udane.
2. Czynnikiem skłaniającym do podejmowania kontaktów seksualnych mężczyzn z problemem niepłodności jest głównie przyjemność, a nie obowiązek.

Piśmiennictwo

1. Gabyś S.M., Jałocha I.: Prewencja niepłodności. Fundacja Życie i Płodność 2010: 3.
2. Libera A., Misiuda M. i wsp.: Selected psychological aspects of married couples' life in the context of infertility causes. *Gin Pol Med Project* 2013; 4(30): 65-73.
3. Jędrzejczak P., Sokalska A.: Niepłodność żeńska. [W:] Słomko Z (red.): *Ginekologia* Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008: 476.

4. Jędrzejczak P., Serdyńska M.: Niepłodność męska. [W:] Słomko Z (red.): *Ginekologia* Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008: 510-516.
5. Ślósarz W.: Analiza struktury preferencji zachowań seksualnych. *Seksuologia Polska* 2003; 1(1): 9-16.
6. Wdowiak A.: Problemy psychologiczne w niepłodności. [W:] Makara-Studzińska M., Iwanowicz Palus G. (red.): *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008: 137-144.
7. Chodecka A.: Seksualność mężczyzn w okresie wczesnej dorosłości. *Seksuologia Polska* 2007; 5(2): 57-65.
8. Lelakowska K., Zdrojewicz Z.: Płeć psychologiczna a preferowane bodźce seksualne. *Seksuologia Polska* 2008; 6(1): 14-20.
9. Grygoruk C., Mrugacz G., Grusza M.: Complementary and alternative medicine among infertile couples. *Nursing Standard* 2013; 1(44): 35-38.
10. Hartmann C., Hartmann U.: Appetenzstörungen in der gynakologischen Praxis *Gynakologe* 2014; 47: 74-79.
11. Rabijewski M., Zgliczyński W.: Zespół niedoboru testosteronu u mężczyzn. *Geriatrics* 2009; 3: 17-26.
12. Izdebski Z.: Seks Polaków w internecie. Raport Polpharmy 2010.
13. Raport Polpharmy Zbigniewa Izdebskiego nt. seksualności Polaków w Internecie, 2010.
14. Lew-Starowicz Z.: Zdrowie seksualne Polaków 2002. *Medycyna po Dyplomie* 2002; 11(7): 16-22.
15. Langstrom N, Hanson RK. High rates of sexual behavior in the general population: correlates and predictors. *Arch Sex Behav* 2006; 35(1): 37-52.
16. Chodecka A. Seksualność mężczyzn w okresie wczesnej dorosłości. *Seksuologia Polska* 2007; 5(2): 57-65.
17. Łepecka-Klusek C., Wdowiak A. i wsp.: The role of age, environmental and occupational factors on semen density. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2011; 18(2): 437-440.