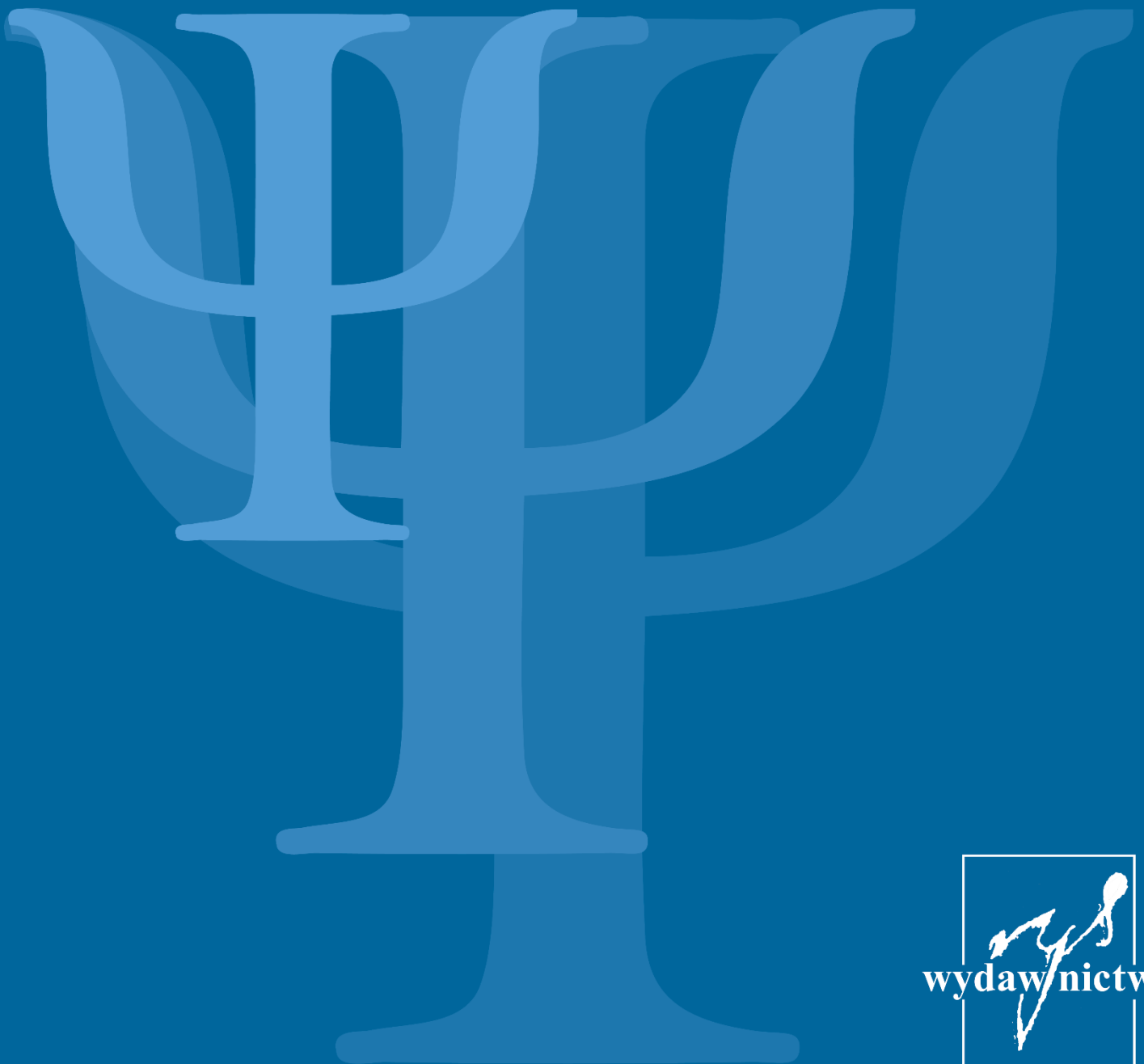




Uniwersytet
Wrocławski

Agnieszka Nomejko
Grażyna Dolińska-Zygmunt

Psychologia satysfakcji seksualnej





Uniwersytet
Wrocławski

Agnieszka Nomejko
Grażyna Dolińska-Zygmunt

Psychologia satysfakcji seksualnej



Wrocław – Poznań 2025

dr Agnieszka Nomejko

Uniwersytet Wrocławski, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych, Instytut Psychologii

ORCID: 0000-0003-0254-9892

dr hab. Grażyna Dolińska-Zygmunt, prof. WSKZ

Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego

ORCID: 0000-0002-4286-4849

Recenzenci:

prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik, Uniwersytet Łódzki

dr hab. Agnieszka Sorokowska, prof. UWŕ

Korekta: Anna Lubińska

Projekt okładki i skład: Łukasz Hawro

© Agnieszka Nomejko

© Grażyna Dolińska-Zygmunt

© Wydawnictwo Rys

ISBN 978-83-68668-18-6

Wrocław – Poznań 2025



Wydawnictwo Rys

ul. Kolejowa 41

62-070 Dąbrówka

tel. 600 44 55 80

e-mail: tomasz.paluszynski@wydawnictworys.com

www.wydawnictworys.com

Spis treści

Wstęp	5
1. Seksualność – istota i zakres pojęcia	8
1.1. Zdrowie seksualne – modele teoretyczne	9
1.1.1. Model biomedyczny	9
1.1.2. Model holistyczno-funkcjonalny	11
2. Modele reakcji seksualnej.....	16
2.1. Model linearny.....	16
2.1.1. Faza podniecenia	16
2.1.2. Faza plateau.....	17
2.1.3. Faza orgazmu	18
2.1.4. Faza odprężenia.....	19
2.2. Model cyrkularny	19
2.3. Model poznawczo-behawioralny	20
2.4. Psychosomatyczny charakter reakcji seksualnej a satysfakcja seksualna	22
3. Satysfakcja seksualna – różne sposoby rozumienia	24
3.1. Ujęcie potoczne	24
3.2. Perspektywa ewolucyjna	25
3.3. Perspektywa patogenetyczna	25
3.4. Perspektywa holistyczno-funkcjonalna	26
4. Rozwój psychoseksualny a satysfakcja seksualna	28
4.1. Wczesna dorosłość	31
4.2. Średnia dorosłość	32
4.3. Późna dorosłość	34

5. Modele uwarunkowań satysfakcji seksualnej	36
5.1. Model biopsychospołeczny.....	36
5.2. Model interpersonalnej wymiany seksualnej	38
5.3. Model systemów ekologicznych.....	39
6. Biopsychospołeczne determinanty satysfakcji seksualnej.....	41
6.1. Jakość życia	43
6.2. Zdrowie psychiczne i somatyczne.....	46
6.3. Dysfunkcje seksualne	48
6.4. System rodzinny, wychowanie i edukacja seksualna	51
6.5. Samoocena	56
6.6. Atrakcyjność partnera	58
6.7. Jakość i charakterystyka bliskiego związku.....	59
6.8. Praktyki seksualne	66
6.9. Płeć	70
6.10. Satysfakcja seksualna osób z grupy LGBTQ+	78
7. Autorskie narzędzia pomiaru satysfakcji seksualnej	82
7.1. Kwestionariusz satysfakcji seksualnej.....	82
7.2. Kwestionariusz atrakcyjności psychofizycznej	85
7.3. Kwestionariusz praktyk seksualnych.....	86
Zakończenie	88
Aneksy.....	90
Załącznik 1. Autorskie kwestionariusze badawcze	90
Bibliografia.....	94
Spis rysunków	102
Spis tabel.....	103

Wstęp

Seksualność jest atrybutem niezbywalnie wpisanym w naturę człowieka, głęboko zakorzenionym w tożsamości. Dla większości osób aktywność seksualna stanowi istotny aspekt życia, choć jej znaczenie i funkcje mogą ulegać zmianom w zależności od etapu rozwojowego, w jakim się znajdują (Hensel, Fortenberry, 2014). Seksualność nie ogranicza się wyłącznie do funkcji prokreacyjnej – niesie ze sobą również szereg pozytywnych konsekwencji psychologicznych i relacyjnych. Może przyczyniać się do wzrostu dobrostanu emocjonalnego, budować poczucie zdrowia oraz wzmacniać więzi w relacjach partnerskich (Rosen, Bachmann, 2008; Bancroft, 2011; Kuczyńska, 1998). Poziom satysfakcji seksualnej jest istotnie powiązany z jakością życia, zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz ogólnym dobrostanem jednostki (Dolińska-Zygmunt, Nomejko, 2019; Sanchez-Fuentes, Santos-Iglesias, Carlos Sierra, 2013). Mimo to w badaniach nad seksualnością człowieka nadal dominuje biomedyczny paradygmat zdrowia seksualnego, który koncentruje się głównie na patologiach, deficytach i zaburzeniach. W jego ramach satysfakcja seksualna bywa definiowana w sposób negatywny jako dyssatysfakcja, czyli brak doświadczanej satysfakcji (Renaud, Beyer, Pan; za: Young i in., 2000), podobnie jak zdrowie, które w ujęciu biomedycznym utożsamiane jest z brakiem choroby. Taki sposób podejścia skutkuje koncentracją badań na dysfunkcjach seksualnych – takich jak zaburzenia erekcji, wytrysku czy trudności z osiągnięciem orgazmu – przy jednoczesnym pomijaniu pozytywnych aspektów seksualności i jej subiektywnie odczuwanej jakości. Warto zauważyć, że wiele osób doświadcza satysfakcji seksualnej niezależnie od spełniania tradycyjnych kryteriów, takich jak częstotliwość stosunków, ich zakończenie orgazmem czy brak fizjologicznych trudności (Imieliński, 1984; Dundon, Rellini, 2010). Coraz liczniejsze wyniki badań wskazują, że szczególnie w przypadku kobiet to nie aspekty somatyczne, lecz psychologiczne – takie jak bliskość emocjonalna, samoakceptacja czy komunikacja partnerska – pełnią kluczową rolę w kształtowaniu satysfakcji seksualnej (Basson, 2007; Zhang i in., 2012; DeLamater, Karraker, 2009; Sanchez-Fuentes i in., 2013; DeLamater, Hyde, Fong, 2008).

W odpowiedzi na ograniczenia modelu biomedycznego rośnie zainteresowanie podejściem holistyczno-funkcjonalnym oraz orientacją salutogenetyczną, które skupiają się na zasobach jednostki i pozytywnych determinantach zdrowia seksualnego (Rosen, Bachmann, 2008; Ferenidou, 2008; Stephenson, Metson, 2011; Izdebski, 2012). Podejście to zakłada, że zdrowie seksualne ma wymiar subiektywny, a jego głównym wskaźnikiem jest właśnie poziom

satysfakcji seksualnej (Metz, McCarthy, 2007). Ponadto podkreśla się, że rozwój psychoseksualny trwa przez całe życie, a poszczególne etapy dorosłości – wczesna, średnia i późna – wiążą się z odmiennymi wyzwaniami, a także możliwościami i zasobami, które wpływają na zadowolenie z życia seksualnego (Hensel, Fortenberry, 2014; Izdebski, 2012).

Pomimo coraz większej liczby publikacji poświęconych zdrowiu seksualnemu nadal brakuje badań, które w sposób pogłębiony analizowałyby psychospołeczne uwarunkowania satysfakcji seksualnej osób dorosłych – zwłaszcza tych w średnim i późnym okresie życia. Nieliczne są również badania dotyczące zadowolenia z życia seksualnego uwzględniające płciową, seksualną i relacyjną różnorodność ludzi. Chodzi tu o osoby o innych niż heteroseksualna orientacjach seksualnych, innych niż cisplciowa tożsamościach płciowych czy o osoby będące w innych niż monogamiczne typach związków. Niedostateczna wiedza w tym zakresie obserwowana jest nie tylko w literaturze naukowej, lecz także w praktyce klinicznej – zarówno wśród pacjentów, jak i profesjonalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego i seksualnego.

Zidentyfikowana luka badawcza oraz obserwacje wyniesione z praktyki psychologicznej i klinicznej stanowiły inspirację do podjęcia tematu niniejszej monografii. Stanowi ona kompendium współczesnej wiedzy o psychospołecznych predyktorach satysfakcji seksualnej, rozumianej jako poznawczo-emocjonalna ocena stopnia zadowolenia z życia seksualnego.

Monografia składa się z ośmiu rozdziałów. W trzech pierwszych omówiono kolejno zagadnienie seksualności, zdrowia seksualnego oraz opisano modele reakcji seksualnej. Rozdziały czwarty i piąty dotyczą satysfakcji seksualnej – różnych sposobów jej konceptualizacji, a także znaczenia satysfakcji seksualnej dla jakości życia seksualnego w kolejnych etapach dorosłości (wczesna, średnia i późna dorosłość). W rozdziałach szóstym i siódmym skoncentrowano się na uwarunkowaniach i biopsychospołecznych determinantach satysfakcji seksualnej. Przedstawiono modele teoretyczne i dokonano przeglądu badań empirycznych nad wyznacznikami satysfakcji seksualnej. Omówiono również zagadnienie uwarunkowań jakości życia seksualnego osób z grupy LGBTQ+. Monografię zamyka rozdział ósmy, w którym przedstawiono autorskie narzędzia pomiaru satysfakcji seksualnej. Mogą one zostać wykorzystane zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce psychologicznej i klinicznej.

Niniejsza publikacja adresowana jest do szerokiego grona osób zainteresowanych problematyką satysfakcji seksualnej i jej psychospołecznymi determinantami. Może być przydatna profesjonalistom – seksuologom, psychologom, lekarzom, terapeutom – zajmującym się zdrowiem seksualnym i wzmacnianiem jakości życia seksualnego, zwłaszcza

w jej psychospołecznym kontekście. Monografia może również stanowić istotne źródło wiedzy dla studentów kierunków społecznych, medycznych i nauk o zdrowiu.

1. Seksualność – istota i zakres pojęcia

Seksualność jest niezbywalnym atrybutem ludzkiej natury, przypisanym od narodzin, aż do śmierci, który rozpatrywać można z wielu perspektyw oraz na różnych poziomach. Seksualność bywa rozumiana dychotomicznie. Z jednej strony jako zjawisko sprowadzone do biologii popędów i fizjologii, a z drugiej postrzegane w kategoriach powiązanych z psychiczną sferą życia. Oba podejścia przyjmowane rozdzielnie nie są wystarczające w przypadku próby opisu czy wyjaśnienia sposobu funkcjonowania człowieka (Beisert, 2006; 2023). Seksualność definiowana bywa również przez pryzmat jej przejawów na przykład jako

aspekt kondycji człowieka przejawiający się w postaci pożądania lub pragnienia, towarzyszących im fizjologicznie zdeterminowanych odpowiedzi seksualnych i zachowań, prowadzących do orgazmu lub przynajmniej sprawiającego przyjemność podniecenia, występujących często między dwojgiem ludzi, lecz nierzadko także praktykowanych samotnie (Bancroft, 2011, s. 19).

W szerszym ujęciu określana bywa również jako „wszystkie aspekty cielesne i zachowania człowieka związane z płcią i seksem” (Reber, 2000; za: Izdebski, 2012, s. 49).

W literaturze przedmiotu prezentuje się różne teorie dotyczące seksualności człowieka, np. strategii seksualnych, warunkowania, teorie feministyczne i *queer* czy postmodernistyczne, jak koncepcja seksualności autorstwa Foucaulta (por. Tolman, Diamond, 2014). Przykładowo model dwóch komponentów Whalena w modyfikacji Schmidta (1974) traktuje seksualność holistycznie jako atrybut, siłę napędową, która znajduje ujście w formach ukształtowanych przez człowieka. Owa siła napędowa, czy inaczej motywacja seksualna, jest rozumiana jako dyspozycja do reagowania w określony sposób na specyficzne bodźce i powstaje na podłożu zarówno elementów wrodzonych (uwarunkowań genetycznych, stanu i sposobu działania układów hormonalnego i nerwowego, receptorów i zmysłów, budowy anatomicznej, w tym narządów płciowych), jak i uwarunkowanych w wyniku doświadczeń związanych z procesem socjalizacji. Motywacja seksualna jest więc determinowana zarówno biofizjologicznie, jak i przez procesy uczenia się. Człowiek rodzi się z wyposażeniem biologicznym pozwalającym mu na doświadczanie satysfakcji seksualnej, a w toku socjalizacji uczy się ową satysfakcję osiągać poprzez powtarzanie przyjemnych doświadczeń, a unikanie przykrych bądź bolesnych. Seksualność jest w tym modelu rozumiana jako niezbywalny atrybut człowieka (Imieliński, 1990).

Biorąc pod uwagę funkcje seksualności, wyróżnia się trzy wymiary: rozrodczy, popędowy i więziotwórczy. Pomimo że człowiek podejmuje zachowania seksualne z wielu innych powodów niż prokreacyjne, wymiar rozrodczy przez wieki uznawany był za jedyny ważny.

Taki pogląd na sens seksualności człowieka wiązał się również z odmawianiem jej osobom znajdującym się przed okresem reprodukcyjnym i po nim. Obecnie funkcję prokreacyjną oddziela się od wymiaru popędowego i więziotwórczego. Wymiar popędowy związany jest ze wspomnianą już motywacją do zachowań seksualnych. Wymiar więziotwórczy długo pozostawał poza zainteresowaniem badaczy. Obecnie podkreśla się wagę relacyjnego aspektu zachowań seksualnych. Poza zaspokojeniem popędu i ewentualnych potrzeb prokreacyjnych realizacja własnej seksualności wiąże się z zaspokojeniem podstawowych potrzeb psychospołecznych – akceptacji, bezpieczeństwa, pewności siebie, bliskości. Dla wielu osób seksualność nierozzerwalnie wiąże się z komunikacją w bliskiej relacji, a nawet stanowi jej element (Kossat, 2019).

1.1. Zdrowie seksualne – modele teoretyczne

Zdrowie seksualne to kluczowy element ogólnego dobrostanu człowieka, obejmujący sfery zarówno fizjologiczną, jak i psychologiczną oraz społeczną. Pojęcie to nie ogranicza się wyłącznie do braku chorób czy zaburzeń, lecz zakłada możliwość pełnego, satysfakcjonującego przeżywania własnej seksualności. W rozdziale tym omówiono dwa modele zdrowia seksualnego – biomedyczny i holistyczno-funkcjonalny.

1.1.1. Model biomedyczny

Zdrowie seksualne przez wiele wieków utożsamiane było z płodnością i sprawnością narządów płciowych wystarczającą do odbycia stosunku genitalnego. Aktywność seksualna, której nie charakteryzowały należyta asceza i wstrzemięźliwość, a także stosunki pozaprokreacyjne i pozapochwowe traktowane były nawet jako zachowania łamiące prawo. Dopiero w XX wieku takie formy ekspresji seksualności jak masturbacja, pożądanie, fantazje seksualne czy zachowania homoseksualne przestały być postrzegane jako aktywność patologiczna lub przejaw chorób psychicznych. Szczególnej represji aż do lat 60. ubiegłego wieku poddawana była seksualność kobiet (Lew-Starowicz, 2010). Rewolucja w podejściu do zdrowia seksualnego, która trwa od połowy XX wieku, opiera się na stwierdzeniu, że każdy ma prawo do samostanowienia w zakresie swojego życia intymnego, o ile nie narusza praw i dobra innych osób. Obecnie zdrowie seksualne może być postrzegane w kontekście różnych norm: religijnej, kulturowej, moralnej, prawnej, społeczno-obyczajowej, statystycznej, partnerskiej, indywidualnej, jednak wyłączną podstawę określania prawidłowości i patologii w obrębie seksuologii stanowi norma kliniczna (Lew-Starowicz, Przyłuska-Fischer, Stusiński, 2014).

W medycznych naukach o człowieku do XX wieku dominował biomedyczny model zdrowia, oparty na kartezjańskim dualizmie psychiki i ciała. Organizm człowieka opisany został w tym ujęciu poprzez analogię do maszyny, w której niesprawne części należy naprawić lub wymienić, co pozwoli określić ją jako sprawnie funkcjonującą. O zdrowiu stanowi tutaj brak zaburzenia lub choroby. Dla teoretyków i praktyków wywodzących się z tej szkoły myślenia człowiek w stanie zdrowia – czy też osoby mieszczące się w szeroko pojętej normie – nie jest przedmiotem zainteresowania, jest nim natomiast patologia i etiopatogeneza chorób. Zdrowie i choroba stanowią w tym modelu kategorie rozłączne i pozostają poza kontrolą podmiotu. Stan zdrowia w modelu biomedycznym jest mierzalny dzięki określonym przedziałom norm (Heszen, Sęk, 2007). Analiza literatury przedmiotu pozwala zaobserwować, że w badaniach nad zdrowiem seksualnym długo dominował paradygmat biomedyczny i mieszcząca się w nim orientacja patogenetyczna (Rosen, Bachmann, 2008). Satysfakcję seksualną definiuje się w tym podejściu negatywnie – jako brak dyssatisfakcji (Renaud, Beyer, Pan; za: Young i in., 2000). Przedmiotem badań prowadzonych w tym nurcie są głównie uwarunkowania dysfunkcji i zaburzeń seksualnych, np. zaburzeń erekcji, wytrysku czy podniecenia i orgazmu u kobiet (Arrington i in., 2004). Większość metod stosowanych do pomiaru satysfakcji seksualnej opiera się na założeniu, że można wyznaczyć standardową konfigurację warunków zapewniających zadowolenie z aktywności seksualnej. Badacze oceniają poziom satysfakcji seksualnej na podstawie np. częstości współżycia, stopnia lubrykacji, zakończenia stosunku orgazmem, braku zaburzeń. Tymczasem w przypadku wielu osób spełnienie tych warunków nie jest konieczne dla doświadczenia zadowolenia z życia seksualnego (Imieliński, 1984; Dundon, Rellini, 2010). Ponadto w świetle licznych badań satysfakcja seksualna (szczególnie kobiet) może być silniej warunkowana przez czynniki natury psychologicznej niż somatycznej (m.in. Basson, 2007; Zhang i in., 2012; DeLamater, Karraker, 2009; Sanchez-Fuentes i in., 2013; DeLamater i in., 2008).

Wielu badaczy wskazuje na ograniczoność biomedycznego modelu zdrowia seksualnego i podkreśla potrzebę prowadzenia badań empirycznych i refleksji teoretycznej w oparciu o model holistyczno-funkcjonalny i orientację salutogenetyczną. Równocześnie badacze ci zauważają, że należy poświęcić więcej zainteresowania psychospołecznym uwarunkowaniom jakości życia seksualnego (satysfakcji seksualnej) oraz pozytywnym konsekwencjom zadowolenia z życia seksualnego (Rosen, Bachmann, 2008; Ferenidou, 2008; Stephenson, Metson, 2011; Izdebski, 2012). W literaturze przedmiotu akcentuje się również wagę podejścia do ludzkiej seksualności i zdrowia seksualnego, uwzględniającego podmiotowość człowieka. Wiąże się to z subiektywnym wymiarem zdrowia seksualnego, którego głównym przejawem

jest stopień satysfakcji seksualnej (Izdebski, 2012; Metz, McCarthy, 2007). W myśl podejścia holistyczno-funkcjonalnego rozwój psychoseksualny trwa całe życie, a każdy etap dorosłości przynosi nie tylko nowe wyzwania, lecz także zasoby, dzięki którym można im sprostać (Hensel, Fortenberry, 2014; Izdebski, 2012). Pozwala to przyjąć założenie, że uwarunkowania satysfakcji seksualnej zmieniają się wraz z kolejnymi etapami życia (DeLamater i Karraker, 2009).

1.1.2. Model holistyczno-funkcjonalny

Holistyczno-funkcjonalny model zdrowia, który stanowi ramy teoretyczne niniejszej pracy, bywa przeciwstawiany biomedycznemu lub traktowany jako jego uzupełnienie. Prezentuje on człowieka jako element będący pod wpływem relacji z większą całością. Organizm jest dynamicznym, samoregulującym się, a także podlegającym zewnętrznej regulacji układem. Człowiek jako istota świadoma swej podmiotowości dostosowuje się do zmian w środowisku, ma zdolność samoodnawiania i rozwijania zasobów odpornościowych. Zdrowie w podejściu holistycznym to wewnętrzna relacja struktur człowieka i relacja człowieka z jego środowiskiem. Zdrowie i chorobę można umieścić w tym modelu na dwóch biegunach jednej skali. Istotnym aspektem holistycznego myślenia o zdrowiu jest perspektywa salutogenetyczna, w której centralne znaczenie przypisuje się zdrowiu i jego wyznacnikom, a nie zaburzeniom i czynnikom chorobotwórczym (Dolińska-Zygmunt, 2001). Człowiek może się zdrowia uczyć, może je promować, ochraniać i uczestniczyć w procesie leczenia. W tym podejściu silny akcent kładziony jest na uwarunkowania zdrowia, zachowania prozdrowotne i styl życia jednostki. Integralną częścią zdrowia rozumianego w sposób holistyczny jest zdrowie seksualne, a zależność pomiędzy nim a pozostałymi komponentami zdrowia jest dwukierunkowa. Holistyczna jest również współczesna definicja zdrowia seksualnego prezentowana przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), według której

zdrowie seksualne jest stanem fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia w odniesieniu do seksualności. Nie jest to tylko brak choroby, zaburzenia czy kalectwa. Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności i partnerskich relacji seksualnych, a także możliwości posiadania przyjemnych i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, bez przymusu, dyskryminacji i przemocy (World Health Organization, 2010, s. 3).

Przytoczona definicja zdrowia seksualnego określa je nie tylko jako brak choroby, lecz także pozytywny stosunek do seksualności i relacji seksualnych, a także możliwość czerpania przyjemności z kontaktów seksualnych. W 1974 roku, na bazie oświadczenia WHO, definicja

zdrowia seksualnego została rozbudowana o aspekt prawny, a zdrowie seksualne uznane za podstawowe prawo człowieka (Lew-Starowicz, 2007). Światowe Stowarzyszenie Zdrowia Seksualnego (World Association for Sexual Health, WAS) opracowało w 2014 roku Deklarację Praw Seksualnych, w której wymieniono:

1. **Prawo do równości i niedyskryminacji.** Każdy człowiek ma prawo do korzystania ze wszystkich praw seksualnych, bez względu na rasę, pochodzenie etniczne, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne i wszelkie inne poglądy, kraj pochodzenia i pochodzenie społeczne, miejsce zamieszkania, stan majątkowy, urodzenie, niepełnosprawność, wiek, narodowość, stan cywilny i sytuację rodzinną, orientację seksualną, tożsamość płciową i genderową (społeczno-kulturową) i jej wyraz, stan zdrowia, sytuację ekonomiczną, sytuację społeczną oraz stan lub status danej osoby.
2. **Prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego.** Każdy człowiek ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa, które nie mogą być przedmiotem samowolnych gróźb, których nie można arbitralnie ograniczać lub odbierać ze względu na seksualność lub z powodów z nią związanych, w tym ze względu na orientację seksualną, konsensualne (opierające się na zgodzie partnera) zachowania i praktyki seksualne, tożsamość płciową i genderową (społeczno-kulturową) i jej wyraz, jak też ze względu na świadczenie usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz ze względu na dostęp do nich.
3. **Prawo do niezależności, autonomii i nietykalności cielesnej.** Każdy człowiek ma prawo do kontroli oraz do podejmowania decyzji związanych ze swoją seksualnością oraz ze swoim ciałem w sposób wolny, w tym do dokonywania wyboru zachowań, praktyk, partnerów, relacji i stosunków seksualnych przy jednoczesnym poszanowaniu praw drugiego człowieka. Wolne i świadome (dokonywane po uzyskaniu wszelkich niezbędnych informacji) podejmowanie decyzji wymaga wyrażenia wolnej i świadomej (jw.) zgody przed rozpoczęciem wszelkich działań w zakresie seksualności lub działań z nią związanych, takich jak testy, interwencje, terapia i leczenie, operacje i zabiegi chirurgiczne oraz przeprowadzanie badań naukowych i innych.
4. **Prawo do wolności od tortur, okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania i karania.** Każdy człowiek ma prawo do wolności od tortur, okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania oraz karania ze względu na swoją seksualność oraz z powodów z nią związanych, w tym do wolności od szkodliwych praktyk wynikających z tradycji, stosowania wymuszonej sterylizacji, antykoncepcji i aborcji oraz do wolności od innych przejawów torturowania, okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania,

które mają miejsce ze względu na płeć biologiczną lub społeczno-kulturową człowieka, orientację seksualną, tożsamość płciową i genderową (społeczno-kulturową) i jej wyraz, jak też ze względu na różnorodność fizyczną i cielesną człowieka.

5. **Prawo do wolności od wszelkich form przemocy i przymusu.** Każdy człowiek ma prawo do wolności od wszelkich form przemocy oraz przymusu w zakresie seksualności, w tym do wolności od gwałtu, niegodziwego traktowania w celach seksualnych, molestowania, nękania i napastowania seksualnego, zastraszania, wykorzystywania i niewolnictwa seksualnego, handlu ludźmi prowadzonego w celu wykorzystywania seksualnego, sprawdzania dziewictwa, jak też do wolności od przemocy popełnionej ze względu na realne lub wyobrażone praktyki seksualne, orientację seksualną, tożsamość płciową i genderową (społeczno-kulturową) i jej wyraz, jak też ze względu na różnorodność cielesną człowieka.
6. **Prawo do prywatności.** Każdy człowiek ma prawo do prywatności w zakresie seksualności, życia seksualnego, wyborów dotyczących własnego ciała oraz do konsensualnych (opartych na zgodzie partnerów) relacji i praktyk seksualnych bez arbitralnych zakłóceń i naruszeń prywatności, w tym prawo do kontroli nad ujawnianiem informacji osobistych z zakresu seksualności osobom trzecim.
7. **Prawo do najlepszego możliwego do osiągnięcia stanu zdrowia, w tym zdrowia seksualnego, wraz z możliwością przeżywania przyjemnych, satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych.** Każdy człowiek ma prawo do najlepszego możliwego do osiągnięcia stanu zdrowia i dobrostanu w zakresie seksualności, w tym do możliwości przeżywania przyjemnych, satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych. W tym celu niezbędna jest dostępność, łatwość dostępu, dopuszczalność (akceptowalność) i właściwa jakość świadczeń i usług zdrowotnych oraz dostęp do odpowiednich warunków determinujących zdrowie, w tym zdrowie seksualne, oraz do odpowiednich warunków mających na nie wpływ.
8. **Prawo do korzystania z dobrodziejstw postępu naukowego i jego zastosowań.** Każdy człowiek ma prawo do korzystania z dobrodziejstw postępu naukowego i jego zastosowań w zakresie seksualności i zdrowia seksualnego.
9. **Prawo do informacji.** Każdy człowiek ma prawo do dostępu do pochodzących z różnych źródeł, zgodnych z naukowym stanem wiedzy i zrozumiałych informacji w zakresie seksualności, zdrowia seksualnego oraz praw seksualnych. Niniejsze informacje nie mogą podlegać arbitralnej cenzurze, nie mogą być wstrzymywane lub ukrywane, ani też być przedmiotem celowej niepoprawnej interpretacji.

10. **Prawo do nauki oraz prawo do kompletnej i wyczerpującej edukacji w zakresie seksualności.** Każdy człowiek ma prawo do nauki oraz do kompletnej i wyczerpującej edukacji w zakresie seksualności. Kompletna i wyczerpująca edukacja w zakresie seksualności musi być dostosowana do wieku uczącego się, zgodna z naukowym stanem wiedzy, zgodna z kompetencją kulturową uczącego się oraz opracowana w oparciu o prawa człowieka, równość płciową (także w zakresie płci społeczno-kulturowej), jak też pozytywne nastawienie do seksualności i przyjemności.
11. **Prawo do zawierania i rozwiązywania małżeństw, związków partnerskich oraz zbliżonych rodzajów relacji i związków opierających się na poszanowaniu równości oraz na pełnej i niewymuszonej zgodzie partnera.** Każdy człowiek ma prawo wyboru w zakresie zawarcia lub nie zawarcia związku takiego jak: małżeński, partnerski lub inny zbliżony rodzaj związków i relacji, wejścia w taki związek zgodnie ze swoją wolną wolą, przy jednoczesnym pełnym i niewymuszonym wyrażeniu zgody na zawarcie takiego związku. Każdy człowiek ma prawo równe prawu innych osób do zawarcia wskazanego powyżej związku, życia w takim związku oraz do jego rozwiązania, bez bycia poddanym jakiegokolwiek rodzajowi dyskryminacji lub wykluczenia. Niniejsze prawo obejmuje także równe prawa do świadczeń społecznych oraz innych świadczeń bez względu na formę i rodzaj związku lub relacji.
12. **Prawo do podejmowania decyzji o posiadaniu lub nieposiadaniu dzieci, o ich liczbie oraz odstępach czasowych między dziećmi oraz prawo do informacji i środków niezbędnych do podejmowania tych decyzji.** Każdy człowiek ma prawo do podejmowania decyzji o nieposiadaniu lub posiadaniu dzieci, o ich liczbie oraz odstępach czasowych między kolejnymi dziećmi. Korzystanie z niniejszego prawa wymaga dostępu do odpowiednich warunków determinujących zdrowie i dobrostan oraz do odpowiednich warunków mających na nie wpływ, w tym do świadczeń i usług w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego w zakresie ciąży, antykoncepcji, płodności, przerwania i zakończenia ciąży oraz adopcji.
13. **Prawo do wolności myśli, opinii oraz wyrażania ich.** Każdy człowiek ma prawo do wolności myśli i opinii w zakresie seksualności oraz do ich wyrażania, jak też do wyrażania własnej seksualności za pomocą takich środków jak wygląd, komunikacja i zachowanie, przy jednoczesnym poszanowaniu praw innych osób.
14. **Prawo do wolnego stowarzyszania się i pokojowych zgromadzeń.** Każdy człowiek ma prawo do pokojowego tworzenia organizacji, stowarzyszania się, zgromadzeń,

demonstrowania, rzecznictwa oraz promowania w sposób pokojowy kwestii z zakresu seksualności, zdrowia seksualnego oraz praw seksualnych.

15. **Prawo do udziału w życiu publicznym i politycznym.** Każdy człowiek ma prawo do życia w środowisku, które pozwala na aktywny, wolny oraz znaczący udział w życiu publicznym oraz na działanie w zakresie obywatelskich, ekonomicznych, społecznych, kulturowych i kulturalnych, politycznych oraz wszelkich innych aspektów życia człowieka na poziomie lokalnym, narodowym, regionalnym oraz międzynarodowym, ze szczególnym uwzględnieniem prawa do udziału w rozwijaniu i wdrażaniu polityk społecznych, mających kluczowy wpływ na życie człowieka, w tym w zakresie seksualności oraz zdrowia seksualnego.
16. **Prawo dostępu do wymiaru sprawiedliwości, środków naprawczych i odszkodowawczych.** Każdy człowiek ma prawo dostępu do wymiaru sprawiedliwości, środków naprawczych i odszkodowawczych w zakresie naruszenia lub pogwałcenia praw seksualnych. Niniejsze prawo wymaga stosowania skutecznych, właściwych, dostępnych oraz stosownych środków edukacyjnych, legislacyjnych, sądowych oraz wszelkich innych środków. Środki naprawcze obejmują środki odszkodowawcze oraz zadośćuczynienia, w tym przywrócenie stanu poprzedniego, odszkodowanie (rekompensatę), rehabilitację, zadośćuczynienie oraz gwarancję, że dane działania nie będą miały miejsca ponownie (World Association for Sexual Health, 2014).

W myśl modelu holistyczno-funkcjonalnego i definicji Światowej Organizacji Zdrowia związek satysfakcji seksualnej ze zdrowiem seksualnym jest silny i wieloaspektowy. Zdrowie seksualne obejmuje nie tylko brak dysfunkcji czy chorób, lecz także możliwość przeżywania swojej seksualności w sposób bezpieczny, przyjemny i wolny od przymusu czy dyskryminacji. Satysfakcja seksualna natomiast odnosi się do subiektywnego poczucia zdrowia (World Health Organization, 2006).

2. Modele reakcji seksualnej

Pojęcie reakcji seksualnej odnosi się zarówno do zmian fizjologicznych, jak i procesów emocjonalnych, poznawczych oraz relacyjnych zachodzących w trakcie doświadczeń seksualnych. W historii badań nad seksualnością wyodrębniono kilka modeli reakcji seksualnej, które pomogły usystematyzować wiedzę na temat przebiegu faz pożądania, podniecenia, orgazmu i satysfakcji seksualnej oraz ewentualnych dysfunkcji seksualnych, czyli zaburzeń wymienionych etapów zachowania seksualnego. Niniejszy rozdział ma na celu przedstawienie najważniejszych teorii, od klasycznych podejść, takich jak model Masters i Johnson (1975) czy koncepcja Kaplan (1974), po nowsze ujęcie zwracające uwagę na kontekst relacyjny oraz aspekty poznawczo-emocjonalno-kulturowe, np. model Basson (2007) czy Metz, Epstein i McCarthy (2017).

2.1. Model linearny

Model reakcji seksualnej opracowany przez Williama Mastersa i Virginie Johnson w latach 60. XX wieku był jednym z przełomowych dokonań w dziedzinie seksuologii. Skoncentrowali się oni na obserwacji fizjologicznych zmian zachodzących w organizmie podczas aktywności seksualnej, w tym podczas stymulacji i stosunku płciowego. Dzięki badaniom przeprowadzonym w warunkach laboratoryjnych wyodrębnili cztery główne fazy reakcji seksualnej: podniecenia, plateau, orgazmu oraz odprężenia.

2.1.1. Faza podniecenia

W odpowiedzi na bodźce seksualne (fizyczne lub/i psychiczne) w organizmie zachodzi szereg zmian, takich jak m.in. przyspieszenie akcji serca i oddechu, wzrost tętna i ciśnienia krwi, wzmożenie nawilżenia pochwy, nasilenie przekrwienia narządów płciowych i wzrost napięcia mięśniowego. Faza podniecenia trwa najdłużej w całym cyklu reakcji seksualnej. W tej fazie pojawiają się następujące zmiany fizjologiczne charakterystyczne dla kobiet:

- lubrykacja pochwy, czyli wydzielanie się śluzu w pochwie i przy wejściu pochwy,
- wypełnienie ciał jamistych łechtaczki pod postacią erekcji łechtaczki,
- wydłużenie 2/3 górnej części pochwy (wydłużenie kanału pochwowego),
- wytworzenie mankietu zwężającego 1/3 zewnętrzną pochwy poprzez obrzmienie splotu żylnego otaczającego dolną część pochwy, opuszki, ciało i odnogi łechtaczki,
- początek zmian kształtu i wielkości warg sromowych mniejszych,

- powiększenie piersi i erekcja brodawek sutkowych (zwiększa się wrażliwość skóry piersi),
- wzrost ciśnienia tętniczego, częstotliwości rytmu serca oraz uogólniony wzrost napięcia mięśniowego.

Zmiany charakterystyczne dla mężczyzn są następujące:

- erekcja członka (w miarę upływu lat czas trwania erekcji maleje),
- wydzielanie niewielkiej ilości śluzu z cewki moczowej (*destillatio*),
- napięcie i zgrubienie powłoki moszny,
- spłaszczenie i uniesienie worka mosznowego,
- częściowe uniesienie jąder w kierunku krocza,
- przyspieszenie oddechu,
- zwiększenie akcja serca oraz wzrost ciśnienia tętniczego krwi.

2.1.2. Faza plateau

Podniecenie narasta i utrzymuje się na wysokim poziomie. W tym momencie dochodzi do dalszego wzrostu tętna i ciśnienia krwi, a napięcie mięśniowe wciąż się zwiększa. Często obserwuje się wyraźne rozszerzenie i wydłużenie pochwy oraz usztywnienie wzvodu. Osoba w fazie plateau może wciąż odbierać bodźce seksualne jako bardzo przyjemne. Przy odpowiednim poziomie stymulacji seksualnej faza ta przechodzi w orgazm. W przypadku nieodpowiedniej stymulacji lub zbyt niskiej pobudliwości seksualnej danej osoby plateau przechodzi w fazę rozładowania napięcia seksualnego bez przeżycia orgazmu. Podczas fazy plateau następują kolejne zmiany fizjologiczne. U kobiet są to:

- obrzmienie sromu wynikające z przekrwienia,
- uogólnione powiększenie objętości sromu,
- dalsze powiększanie się oraz zaczerwienienie warg sromowych mniejszych,
- cofanie się łechtaczki w okolice spojenia łonowego,
- obrzmienie i powiększenie rozmiaru macicy oraz jej uniesienie,
- wegetatywne zmiany naczyniowe oraz/lub pojawienie się charakterystycznego zaczerwienienia skóry okolicy klatki piersiowej, twarzy, dłoni i stóp (tzw. rumieniec seksualny).

Wśród mężczyzn obserwuje się natomiast:

- wzrost obwodu prącia oraz zmianę jego koloru,
- powiększenie o 50% obwodu jąder w stosunku do stanu sprzed stymulacji oraz uniesienie ich na wysokość tuż poniżej krocza,
- wzrost napięcia mięśniowego,
- dalszy wzrost czynności serca oraz ciśnienia tętniczego krwi.

2.1.3. Faza orgazmu

Jest to moment kulminacji reakcji seksualnej, w którym dochodzi do intensywnych doznań rozkoszy. Pojawiają się rytmiczne skurcze pochwy, wytrysk nasienia (ejakulacja) połączony z rytmicznymi skurczami mięśni okolic cewki moczowej. Akcja serca i ciśnienie krwi osiągają wówczas najwyższe wartości. W fazie orgazmu może dochodzić do zwężenia pola świadomości. Orgazm trwa zwykle od kilku do kilkunastu sekund, lecz różni się w zależności od indywidualnych czynników.

W grupie kobiet wzorzec fazy orgazmu jest bardzo różnorodny – może być przeżywany jedno lub wielokrotnie. Obserwuje się również duże zróżnicowanie osobnicze w zakresie długości trwania orgazmu oraz jego intensywności. Podczas orgazmu ustępują zmiany naczyniowe oraz napięcie mięśniowe, które utrzymywało się podczas poprzednich faz.

Zmiany występujące podczas orgazmu to:

- znieruchomienie napiętego ciała wraz z tonicznym skurczem mięśni szkieletowych,
- rytmiczne zaciskanie się mięśni otaczających pochwę,
- rytmiczne skurcze mięśni macicy oraz zwieracza odbytu,
- odczucie niezwyklej przyjemności związanej z kulminacją podniecenia seksualnego oraz początkiem jego rozładowania.

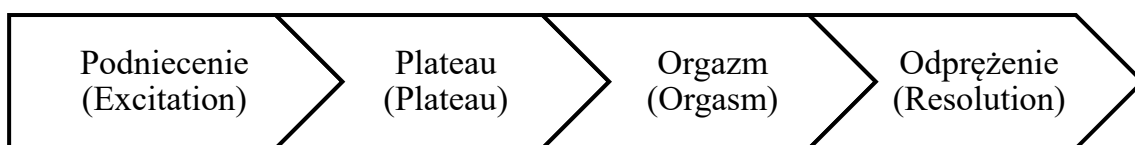
W przypadku mężczyzn szczytowe pobudzenie układu przywspółczulnego powoduje wyzwolenie orgazmu, którego przebieg uzależniony jest od indywidualnego wzorca reakcji mężczyzny. W fazie tonicznej orgazmu dochodzi do znieruchomienia napiętego ciała, natomiast w fazie klonicznej do mimowolnego skurczu mięśni miednicy oraz mięśni gładkich narządów płciowych, co skutkuje przesunięciem nasienia do cewki moczowej i wyrzucenia go na zewnątrz. Skurcze te są synchroniczne ze skurczami zwieracza odbytu.

2.1.4. Faza odprężenia

Po orgazmie następuje wyciszenie organizmu, spadek tętna i ciśnienia krwi do poziomu wyjściowego. Wzrasta uczucie relaksu i zadowolenia. U mężczyzn występuje tzw. okres refrakcji, podczas którego zazwyczaj nie mogą oni ponownie osiągnąć orgazmu (czas trwania tego okresu wydłuża się wraz z wiekiem). Kobiety mają natomiast większą zdolność do osiągnięcia kolejnych orgazmów w krótkim odstępie czasu, choć nie jest to regułą dla każdej osoby.

Model Mastersa i Johnson (1975) był uzupełniany i modyfikowany, m.in. przez Helen Singer Kaplan (1974), która dodała fazę pożądania, czyli wymiar psychologiczny związany z motywacją do aktywności seksualnej i fantazjami.

W myśleniu o seksualności mężczyzn model liniowy jest nadal dominującym (Skrzypulec, Nowosielski, 2009). Główny akcent położony jest tu na sprawność przebiegu kolejnych faz aktu seksualnego (podniecenia, plateau, orgazmu, odprężenia) i doświadczenie przyjemności w postaci orgazmu towarzyszącego wytryskowi nasienia (Masters, Johnson, 1975).

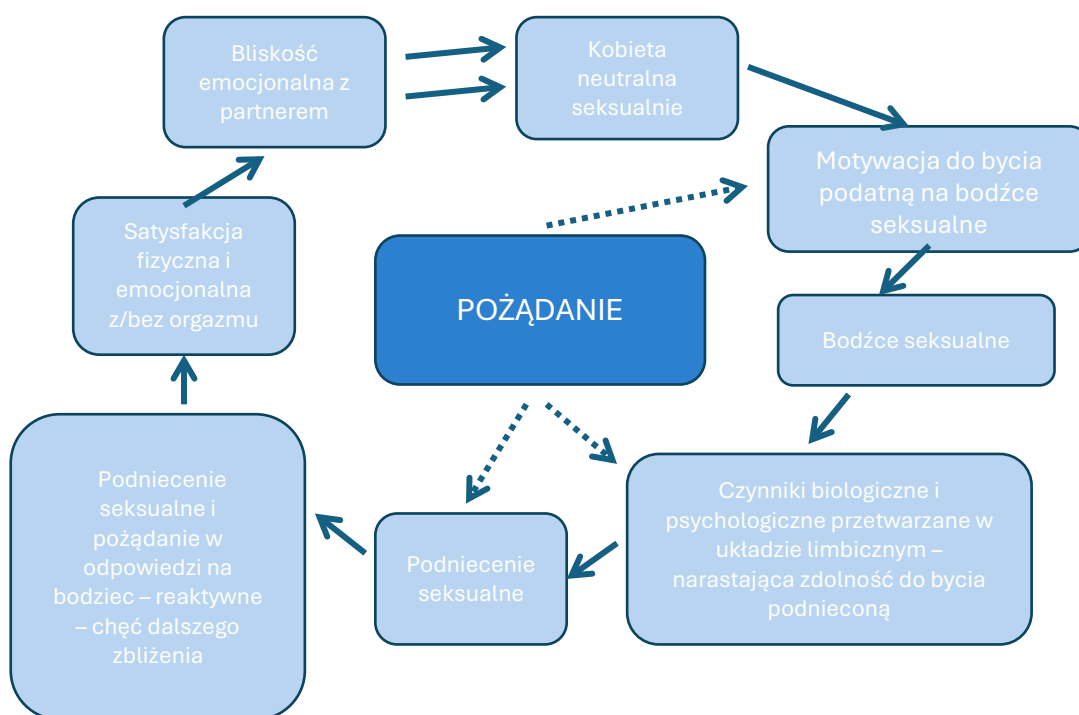


Rysunek 1. Model reakcji seksualnej mężczyzn wg Mastersa i Johnson. Źródło: opracowanie własne na podstawie Masters, Johnson, 1975.

2.2. Model cyrkularny

Cyrkularny model reakcji seksualnej zaproponowany przez Rosemary Basson (2007) zakłada, że w trakcie pobudzenia seksualnego osoba ocenia informacje pochodzące z trzech źródeł: poznania, emocji i genitaliów. Pożądanie może wystąpić spontanicznie, np. dzięki działaniu hormonów, lub mieć charakter responsywny – pojawić się w odpowiedzi na wydarzenie interpretowane w sposób erotyczny. Kobiety ze względu na budowę anatomiczną, ale i proces socjalizacji, często pomijają informacje genitalne, a skupiają się na ocenie poznawczej i emocjonalnej. Ponadto przyjemność fizyczna ze współżycia i rozładowanie potrzeby seksualnej są tylko jednymi z wielu powodów podejmowania aktywności seksualnej. Istotne jest poczucie intymności, satysfakcja emocjonalna, poczucie atrakcyjności i zadowolenie ze związku, które mogą być budowane i umacniane poprzez aktywność seksualną. Osiągnięcie satysfakcji w wymienionych obszarach rzutuje na zadowolenie z aktywności seksualnej.

Zdarza się, że osoby (szczególnie kobiety) angażują się we współzycie seksualne w celu zaspokojenia powyższych potrzeb, gdy podniecenie początkowo nie występuje. Może jednak zostać wywołane w wyniku stymulacji i rozpoczęcia przetwarzania bodźców jako erotycznych. Poprzez zmiany poznawcze bodźce, odbierane wcześniej jako obojętne, zaczynają być postrzegane jako pobudzające seksualnie. Kobiety częściej niż mężczyźni angażują się też w aktywność seksualną w celu sprawienia przyjemności drugiej osobie i na tej podstawie oceniają stosunek seksualny jako satysfakcjonujący bądź nie.



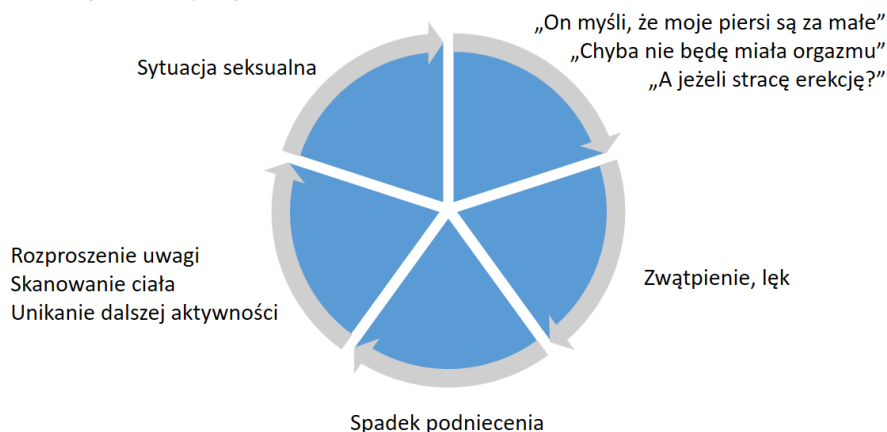
Rysunek 2. Model reakcji seksualnej kobiet autorstwa Basson. Źródło: opracowanie własne na podstawie Basson, 2000.

2.3. Model poznawczo-behawioralny

Model ten stanowi podstawę teoretyczną jednego z najczęściej stosowanych i najskuteczniejszych nurtów współczesnej terapii seksuologicznej (Metz, Epstein, McCarthy, 2017). Według jego zweryfikowanych empirycznie założeń podniecenie jest odpowiedzią emocjonalną na przetwarzanie poznawcze. Procesy poznawcze uczestniczą w nadawaniu znaczenia bodźcom seksualnym i ich szerszemu kontekstowi (Rosen, Beck, 1988; za: Bancroft, 2011). Myślenie warunkuje nie tylko zaangażowanie w aktywność seksualną, lecz także ocenę jej przebiegu jako satysfakcjonującego bądź nie. Rodzaj myśli, które pojawiają się w czasie

seksu, zależny jest od schematów myślenia, tzw. schematów seksualnego Ja, oznaczających poznawcze reprezentacje siebie jako osoby seksualnej. Tworzą się one w oparciu o osobiste doświadczenia i przyjęte normy społeczne (Metz i in., 2017).

Emocje i zachowanie są zdeterminowane sposobem w jaki jednostka myśli o sobie, innych i świecie.



Rysunek 3. Poznawczy model reakcji seksualnych. Źródło: opracowanie własne na podstawie Metz, Epstein, McCarthy, 2017.

Zarówno sposób interpretowania sytuacji seksualnej, jak i stosunek do własnych myśli w czasie seksu zdają się mieć bardzo duże znaczenie dla osiągniętej satysfakcji seksualnej (Norbe, Pinto-Gouveira, 2006; Oettingen, 2013). Partnerzy mają osobiste przekonania dotyczące tego, jaka powinna być „normalna” i pożądana seksualność. Niektóre standardy wiążą się z przekonaniami na temat własnych reakcji seksualnych (np. „powinnam/powinienem zawsze odczuwać podniecenie fizyczne, gdy widzę atrakcyjnego partnera/partnerkę”) lub na temat relacji seksualnej (np. „nasz poziom pożądania powinien być taki sam”). Często standardy te kształtują się pod wpływem przedstawianych w kulturze wzorców relacji seksualnych, takich jak te ukazywane w filmach, w Internecie czy w pornografii. Wiele dzieci i nastolatków zdobywa przekonania o związkach intymnych i seksie w dużej mierze poprzez intensywne korzystanie z mediów społecznościowych (Epstein, Falconier, 2024). Przekonania par o „normalnym” funkcjonowaniu seksualnym także mogą wpływać na ich relację seksualną. Na przykład ktoś może założyć, że zmiany związane ze starzeniem skutkują brakiem możliwości czerpania przyjemności z seksu. W relacji partnerskiej obie osoby mogą również przypisywać różne przyczyny problemom z funkcjonowaniem seksualnym. Niektóre negatywne atrybucje dotyczą wniosków na temat własnych objawów seksualnych (np. „jestem wybrakowany/-a, bo rzadko mam orgazmy”), reakcji partnera na własne objawy (np. „mój partner uważa, że nie jestem już dla niego interesujący/-a seksualnie”) bądź objawów partnera

(np. „brak erekcji u mojego partnera / mojej partnerki oznacza, że już mnie nie kocha”). Osoba, która ma tego rodzaju myśli, zazwyczaj traktuje je jako prawdę bez sprawdzania ich zasadności. Im mniej przekonań o nierealistycznym czy nieadaptacyjnym charakterze, tym wyższy poziom satysfakcji seksualnej. W odniesieniu do oczekiwań ludzie często formułują negatywne prognozy dotyczące przyszłości, gdy występują problemy seksualne. Mogą myśleć na przykład: „Jeśli spróbujemy się kochać, nie spiszę się najlepiej i oboje będziemy rozczarowani” albo „Jeżeli wciąż będę zawodzić partnera/partnerkę w sferze seksu, znajdzie kogoś innego i mnie opuści”. Lęk przed niewystarczającym „wykonaniem” (*performance anxiety*) był od dawna kluczowym pojęciem w tej dziedzinie, począwszy od prac wspominanych już Mastersa i Johnson (1975). Gdy para doświadczyła frustrującej sytuacji związanej z problemem seksualnym, jedna lub obie osoby mogą przyjąć za pewnik, że w przyszłości trudności będą się powtarzać. Negatywny wpływ tych rozpraszających myśli na reakcje seksualne przy kolejnej próbie może doprowadzić do samospełniającej się przepowiedni. Selektywna percepcja, w której dana osoba dostrzega niektóre aspekty sytuacji, a inne pomija, może wzmacniać negatywne nastawienie w przypadku pojawienia się problemów seksualnych. Przykłady to: „Kiedy staram się sprawić partnerowi/partnerce przyjemność w sferze seksualnej, on/ona nigdy nie okazuje, że czerpie z tego radość” czy „Nic nie jest w stanie mnie ostatnio pobudzić seksualnie”. Jak w wielu innych życiowych trudnościach, zmartwienie danym problemem może sprawić, że cała uwaga skupia się właśnie na nim, nie uwzględniając innych informacji (Epstein, Falconier, 2024).

2.4. Psychosomatyczny charakter reakcji seksualnej a satysfakcja seksualna

Nawiązując do modelu integrującego aspekty poznawczy, emocjonalny i behawioralny sytuacji seksualnej, można stwierdzić, że u podłoża wysokiej satysfakcji seksualnej leży doświadczanie pozytywnych myśli, a dalej – pozytywnych emocji w odpowiedzi na bodźce seksualne i reakcje seksualne. W mechanizmie powstawania i utrwalania się dysfunkcji seksualnych interpretacje powstające w czasie sytuacji seksualnej mają natomiast charakter negatywny. Przeżycie seksualne jest więc zjawiskiem natury psychosomatycznej. Na przebieg aktywności seksualnej i jej cechy charakterystyczne składają się bowiem zarówno fizjologiczne zmiany w ciele (ograniczone do genitaliów i ogólnoustrojowe), jak i przeżycia psychiczne, np. podwyższona świadomość doznawanej przyjemności, zawężona uwaga, myśli i fantazje seksualne. Procesy poznawcze uczestniczą w nadawaniu znaczenia temu, co się

dzieje, poprzez kojarzenie aktualnego doświadczenia ze wspomnieniami i przekonaniami. Wiąże się to z silnym osadzeniem seksualności człowieka w kontekście społecznym i kulturowym (Rosen, Beck, 1988; za: Bancroft, 2011).

Procesy poznawcze mogą przebiegać świadomie lub nieświadomie i w dużej mierze warunkować podniecenie, doświadczenie przyjemności i orgazmu. Angażowanie się w aktywność seksualną jest nagradzane i wzmacniane poprzez doznawanie przyjemności wynikającej z podniecenia czy orgazmu, lecz też poprzez dodatni bilans jej zysków i strat, a więc bardziej świadomy proces (por. model interpersonalnej wymiany autorstwa Byers, 1999). Nie sposób rozdzielić biologicznego i psychicznego wymiaru seksualności człowieka. Bancroft (2011) wskazuje na związek o charakterze cyklu pomiędzy świadomymi i nieświadomymi procesami poznawczymi, mózgiem emocjonalnym, rdzeniem kręgowym, odpowiedzią narządów płciowych i obwodowymi przejawami podniecenia. Interpretacja poznawcza somatycznych objawów pobudzenia seksualnego zamyka koło psychosomatyczne podniecenia i odpowiedzi seksualnej. Sam orgazm jest według badań silniej związany z poznawczo-afektywnym niż czuciowym aspektem przeżycia seksualnego, a więc z ogólnym fizycznym i psychologicznym przeżyciem orgazmu, a nie jego anatomiczną lokalizacją (Mah, Binik, 2001; za: Bancroft, 2011). Trudność w rozdzieleniu psychicznego i biologicznego komponentu seksualności człowieka znajduje wyraz w tym, że seksuologia jest specjalizacją, którą zajmują się głównie dwie grupy zawodowe – lekarze i psychologowie. Dodatkowo specjaliści ci najczęściej ściśle współpracują ze sobą w tym obszarze (Lew-Starowicz, 2005).

3. Satysfakcja seksualna – różne sposoby rozumienia

Podsumowując dotychczasowe rozważania, można stwierdzić, że satysfakcja seksualna jest integralnym komponentem ludzkiej seksualności i zdrowia seksualnego (World Health Organization, 2010), a doświadczanie przyjemności seksualnej podstawowym prawem człowieka (World Health Organization, 2002; za: Lew-Starowicz, 2007). Zadowolenie z życia seksualnego ze względu na swój subiektywny wymiar jest fenomenem dość trudnym do zoperacjonalizowania. Dodatkowy problem stanowi fakt, że wiele naukowych definicji satysfakcji seksualnej nie nawiązuje do konkretnego modelu teoretycznego, a ma raczej charakter tautologiczny (Byers, 1999). Poniżej zaprezentowano odmienne sposoby rozumienia satysfakcji seksualnej – potoczne, ewolucyjne, patogenetyczne i holistyczno-funkcjonalne.

3.1. Ujęcie potoczne

Wiedzy na temat potocznego rozumienia satysfakcji seksualnej dostarcza badanie przeprowadzone przez Pascoal, de Santa Bárbara Narciso i Pereirę (2014), w którym wzięło udział 449 kobiet i 311 mężczyzn w wieku od 20 do 69 lat. Badani odpowiadali na pytanie: „Jak zdefiniowałbyś/zdefiniowałabyś satysfakcję seksualną?”. Na podstawie odpowiedzi stworzono szersze kategorie i obrazującą je mapę tematyczną. Wyodrębniono dwie główne kategorie odpowiedzi: „osobisty seksualny dobrostan” i „bliski związek”. W obrębie „osobistego seksualnego dobrostanu” znalazły się odpowiedzi definiujące satysfakcję seksualną jako pozytywne emocje, przyjemność, orgazm, otwartość seksualną, pobudzenie, pożądanie. W kategorię bliskiego związku wpisano zaś ludyczną seksualność (definiowaną przez badaczy jako kreatywność i ekspresję potrzeb seksualnych), częstotliwość seksu i intymność (mieściły się tu romans, ekspresja uczuć, wzajemność). Najczęściej pojawiającą się w odpowiedziach badanych osób definicją satysfakcji seksualnej była przyjemność osobista lub wzajemna, ale postrzegana jako zjawisko szersze niż doświadczenie orgazmu. Badacze podkreślają komplementarność powstałych dwóch głównych kategorii jako dowodu na dwuwymiarowość koncepcji satysfakcji seksualnej, na którą składają się wymiary osobisty i dotyczący bliskiego związku. Oba wzajemnie na siebie wpływają. Co ważne, badane osoby określały satysfakcję seksualną jako zjawisko pozytywne, a nie jako brak dyssatisfakcji wynikającej z nieobecności chorób, braku dysfunkcji seksualnych czy kosztów związanych z podejmowaną aktywnością seksualną.

3.2. Perspektywa ewolucyjna

Ewolucyjna koncepcja satysfakcji seksualnej zakłada, że rola zadowolenia z aktywności seksualnej jest odmienna w przypadku mężczyzn i kobiet. U samców ssaków orgazm, towarzyszący zwykle wytryskowi nasienia, jest silnie nagradzający i zachęca do częstego podejmowania aktywności seksualnej. Penetracja pochwy dostarcza mężczyźnie potrzebnej stymulacji, więc zwykle kończy się złożeniem nasienia i przyjemnym doznaniem. W przypadku kobiet sytuacja nie jest tak prosta. Ewolucjoniści stworzyli wiele teorii, próbując wyjaśnić funkcję kobiecego orgazmu (Buss, 2007). Główny zarzut wobec tych dociekań polega na tym, że dla kobiet ważniejsze od orgazmu jest poczucie satysfakcji seksualnej, która nie musi być z nim tożsama (Symons, 1979; za: Buss, 2007). Ponadto w przypadku kobiet można raczej mówić o przyzwoleniu na penetrację pochwową niż dążeniu do niej, gdyż tylko u niewielkiego odsetka kobiet ściany pochwy są wrażliwe erotycznie. W przypadku zdecydowanej większości kobiet przyjemność seksualna, w tym orgazm, pochodzi ze stymulacji lechtaczki, natomiast budowa anatomiczna wielu kobiet nie sprzyja pobudzaniu żołądźki lechtaczki podczas penetracji pochwy. Nie dowiedziono również istnienia korelacji pomiędzy doświadczeniem przez kobietę orgazmu a wyższą szansą na zapłodnienie (Bancroft, 2011). Bardziej prawdopodobne jest więc, że doświadczenie przyjemności ze stosunku jest dla kobiety sygnałem o podjęciu próby poczęcia potomstwa z atrakcyjnym dla niej osobnikiem, a także stanowi swoisty barometr jakości bliskiego związku (Buss, 2001, 2007).

3.3. Perspektywa patogenetyczna

W podejściu patogenetycznym, które dominowało dotychczas w badaniach nad zdrowiem seksualnym, satysfakcja seksualna definiowana jest jako brak dyssatisfakcji (Renaud, Beyer, Pan; za: Young i in., 2000), analogicznie do zdrowia, o którym w modelu biomedycznym stanowić ma brak zaburzeń czy chorób. Większość metod stosowanych do pomiaru satysfakcji seksualnej, które wywodzą się z tego podejścia, została oparta na założeniu, że różni ludzie w zbliżony sposób oceniają swoje życie seksualne. Według tej myśli można wyznaczyć standardową konfigurację warunków zapewniających zadowolenie z aktywności seksualnej. Badacze oceniają poziom satysfakcji seksualnej za pomocą listy arbitralnie określonych czynników, np. częstości współżycia, stopnia lubrykacji, zakończenia stosunku seksualnego orgazmem, braku zaburzeń. Arrington, Cofrancesco i Wu (2004) przeanalizowali

kwestionariusze służące do pomiaru satysfakcji seksualnej i jakości życia seksualnego. Odnaleźli i ocenili 62 metody opublikowane w języku angielskim w latach 1957–2001. Tylko dziewięć z nich cechowała zmierzona trafność i rzetelność. W metodach tych o satysfakcji seksualnej osoby badanej miały świadczyć elementy jej życia seksualnego związane z fizjologią stosunku, np. jakość erekcji, czas trwania stosunku, częstość orgazmów, brak obecności bólu i dyskomfortu. Wiele kobiet może jednak prowadzić udane życie erotyczne bez doświadczania orgazmów, a dla mężczyzn ejakulacja, utożsamiana z orgazmem, nie zawsze równa jest satysfakcji z życia seksualnego (Imieliński, 1984). Wydaje się również, że na ocenę tego wymiaru życia człowieka jako zadowalającego składa się więcej elementów niż brak niezadowolenia czy choroby. Jak pisze Byers (1999), terapia dysfunkcji seksualnych może obniżyć poziom dyssatisfakcji w życiu seksualnym, ale nie jest to tożsame z doświadczaniem satysfakcji seksualnej. Badaczka podkreśla, że zadowolenie z życia seksualnego nie pojawia się wraz z brakiem niezadowolenia, tak jak szczęście nie jest jedynie wynikiem braku depresji, czy zdrowie braku choroby. Również według Ferenidou (2008) satysfakcja seksualna nie jest przeciwległym biegunem do dysfunkcji seksualnych – poczucie zadowolenia z życia seksualnego i obiektywne funkcjonowanie seksualne to dwa różne wymiary. W literaturze przedmiotu podkreśla się również, że autorzy wielu narzędzi pomiaru poziomu satysfakcji seksualnej odwołują się do kategorii przyjemności, która wcale nie musi warunkować zadowolenia z życia seksualnego, podobnie jak częstość stosunków, orgazm czy brak dysfunkcji seksualnych. Życie seksualne, szczególnie w grupie kobiet, może też być oceniane pozytywnie pomimo pewnych zaburzeń natury fizjologicznej (Dundon, Rellini, 2010). Według badań McNeil i Byers (1997; za: Byers, 1999) tylko 22% wariacji wyników satysfakcji seksualnej to niepokój związany z problemami seksualnymi takimi jak dysfunkcje.

Kolejnym zastrzeżeniem wobec badań prowadzonych w paradygmacie patogenetycznym jest fakt, iż nie odpowiadają one na pytanie, dlaczego możliwe jest postrzeganie swojego życia seksualnego jako satysfakcjonującego pomimo obiektywnie istniejących przeszkód spowodowanych stanem zdrowia somatycznego. Nie tłumaczą również paradoksu niezadowolenia, gdy pomimo obiektywnego zdrowia seksualnego, obszar ten jest oceniany jako niesatysfakcjonujący (Dundon, Rellini, 2010).

3.4. Perspektywa holistyczno-funkcjonalna

Badacze, którzy opierają swoje rozważania i badania o podejście holistyczno-funkcjonalne, postrzegają zadowolenie z życia seksualnego jako subiektywny wymiar zdrowia seksualnego.

Podkreślają również podmiotowość człowieka, i to jemu pozostawiają ocenę stopnia satysfakcji z aktywności seksualnej (Izdebski, 2012).

Satysfakcja seksualna definiowana jest w tym ujęciu jako:

- zadowolenie z relacji seksualnej (DeLamater, Friedrich, 2008);
- zadowolenie w obszarach fizycznym i emocjonalnym oraz usatysfakcjonowanie kontrolą nad tym, jak, kiedy i czy w ogóle przebiega seks (Davis i in., 2006);
- ocena aktywności seksualnej pod kątem pożądania i funkcjonowania seksualnego. Pożądanie jest definiowane jako poznawcze i afektywne zainteresowanie aktywnością seksualną z daną osobą i gotowość do tej aktywności. Funkcjonowanie seksualne to komponent biologiczny, na który składają się etapy przebiegu stosunku seksualnego: pożądanie, pobudzenie i orgazm oraz ich fizjologiczne przejawy (Holt, Lynes, 2007);
- poznawcza i emocjonalna ocena własnej seksualności (Laumann i in., 2006);
- emocjonalna odpowiedź na subiektywną ewaluację pozytywnych i negatywnych wymiarów związanych z życiem seksualnym (Lawrance, Byers, 1995);
- wysoce spersonalizowane uczucie, mocno związane z przeszłymi doświadczeniami seksualnymi, aktualnymi oczekiwaniami i przyszłymi aspiracjami (Davidson, 1995; za: Haavio-Mannila, Kontula, 1997);
- osobista, subiektywna ocena własnej relacji seksualnej (Ji, Norling, 2004);
- subiektywne odczucie związane z życiem seksualnym w kontekście jakości i wartości relacji z bliskim partnerem (Plopa, 2017);
- subiektywna ewaluacja stopnia, w jakim jednostka jest zadowolona z jej życia seksualnego (Pinney, Gerrard, 1987; za: Holt, Lynes, 2007).

Analiza powyższych definicji skłania nas do rozumienia satysfakcji seksualnej podobnie jak Laumann, Paik i Glasser (2006) czy Pinney i Gerrard (za: Holt, Lynes, 2007), a więc jako poznawczo-emocjonalnej oceny stopnia zadowolenia z życia seksualnego. Życie seksualne definiowane jest w literaturze przedmiotu jako aktywność ukierunkowana na osiągnięcie przyjemności seksualnej lub do niej pośrednio zmierzająca oraz działania spełniające potrzebę seksualną lub redukujące napięcie seksualne (Imieliński, 1985). Taki sposób rozumienia satysfakcji seksualnej jest spójny z poznawczym modelem seksualnego funkcjonowania człowieka (Metz i in., 2017).

4. Rozwój psychoseksualny a satysfakcja seksualna

Seksualność człowieka jest z jednej strony atrybutem stałym, wrodzonym – obecnym w toku całego życia, a z drugiej strony zmiennym – podlegającym rozwojowi, prawom uczenia się. Nie można dokonać opisu seksualności człowieka bez uwzględnienia etapu życia, na jakim się on znajduje, i kontekstu, w jakim manifestuje się jego seksualność (Beisert, 2006, 2017, 2023). Rozwoju psychoseksualnego, analogicznie do zdrowia, nie można również traktować zgodnie ze schematem wzrost – stabilizacja – regres. Zdrowie seksualne i jego subiektywny wymiar, jakim jest satysfakcja seksualna, można rozumieć jako pomyślnie przebiegający proces rozwoju psychospołecznego człowieka. W myśl podejścia holistyczno-funkcjonalnego człowiek w toku swojego życia może adaptować się do zmian, zachowując tym samym zdrowie. Rozwiązując podstawowe kryzysy, zyskuje kolejne kompetencje, które równoważą ubytki w innych sferach funkcjonowania (Heszen, Sęk, 2007). Zgodnie ze współczesnymi koncepcjami rozwoju psychoseksualnego powinien on być rozumiany jako schemat wymienialności pewnych sprawności i atrybutów na inne. Wraz z upływem czasu pojawiają się nowe wartości niedostępne na wcześniejszych etapach życia. Na przykład te związane z kumulacją doświadczeń (Beisert, 2006). Czasami strata pewnych atrybutów, np. sprawności funkcjonowania genitaliów, jest warunkiem uzyskania innych umiejętności, choćby z zakresu urozmaicania sztuki miłosnej. Definicja zdrowia seksualnego opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia (2010) podkreśla jego wielowymiarowość, niezależność od wieku i ciągłość (Hensel, Fortenberry, 2014). Zgodnie z założeniami psychologii rozwoju *life-span* rozwój psychoseksualny trwa całe życie i dokonuje się etapami. Etap wcześniejszy jest zawsze podłożem rozwoju dla etapów kolejnych (Beisert, 2010).

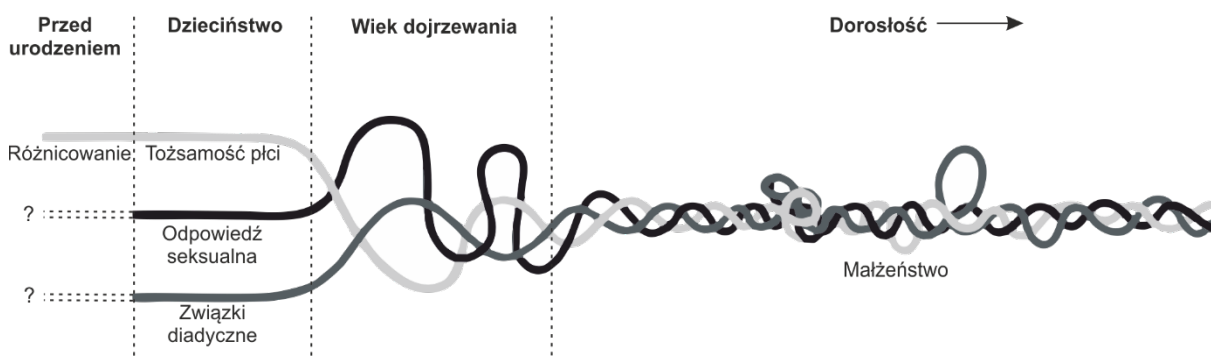
Na rozwój psychoseksualny wpływają trzy kategorie czynników: biologiczne, związane z uczeniem się społecznym i związane z uczeniem się poznawczym (Bancroft, 2011). Uczenie się społeczne polega na naśladowaniu innych, a zachowania te są wzmacniane nagrodami lub osłabiane karami. Uczenie się poznawcze odnosi się do organizowania w kategorii poznawcze bodźców oraz reakcji na nie. Reakcje te mogą przybierać formę nagrody lub kary. W uczeniu się społecznym ludzie zachowują się tak, jak są nagradzani. W uczeniu się poznawczym możliwość zachowania się zgodnie z kategorią, z którą jednostka się utożsamia, stanowi nagrodę samą w sobie. W literaturze przedmiotu istnieje wiele modeli rozwoju psychoseksualnego, m.in. autorstwa Freuda, Eriksona, Kernberga, Miller i Simon, Kohlberga czy Heiman i współpracowników. Większość z nich dotyczy okresu życia od narodzin

do wczesnej dorosłości. Według modelu autorstwa Bancrofta (2011) rozwój psychoseksualny trwa całe życie. Jego teoria to próba integracji czynników biologicznych oraz obyczajowo-społecznych, wpływających na seksualność człowieka. Badacz przyjął, że w rozwoju seksualnym przeplatają się trzy główne wątki:

- różnicowanie seksualne w kierunku męskim lub żeńskim i rozwój tożsamości płciowej,
- reaktywność seksualna,
- zdolność do wchodzenia w bliskie związki.

Według teorii Bancrofta można mówić o sześciu stadiach rozwoju psychoseksualnego:

- stadium przedporodowym,
- dzieciństwie,
- dojrzewaniu i wczesnej dorosłości,
- małżeństwie lub wejściu w stabilny związek o charakterze seksualnym,
- wczesnym i późnym rodzicielstwie,
- wieku średnim.



Rysunek 4. Schematyczny model rozwoju seksualnego. Źródło: Bancroft, 2011, s. 153.

Stadium przedporodowe to czas rozwoju cech płciowych o charakterze anatomicznym. Wtedy też dochodzi do rozpoczęcia różnicowania mózgu w kierunku męskim lub żeńskim. Rozwój seksualny jest na tym etapie determinowany biologicznie. W okresie dzieciństwa trzy główne wątki – tożsamość płciowa, reaktywność seksualna i zdolność wchodzenia w związki diadyczne – rozwijają się stosunkowo niezależnie od siebie. Pod koniec dzieciństwa i w okresie dojrzewania zaczynają się one ze sobą splatać.

Inni badacze dodają, że dzieciństwo przebiega pod znakiem poznawania własnego ciała i jego reakcji, różnic w budowie dziewcząt i chłopców, pytań i zabaw mających na celu zdobycie wiedzy o płciowości człowieka, a także rozładowanie napięcia seksualnego (Beisert, 2006, 2017, 2023). Dzieciństwo jest również czasem ustalania się tożsamości płciowej. Dzieci zaczynają rozumieć, że płeć to atrybut stały (DeLamater, Friedrich, 2008). W okresie od około 8. do 12. roku życia tworzą one grupy homogeniczne pod względem płci. Badacze nie są zgodni co do charakterystyki tego etapu. Kerberg (za: Beisert, 2006) twierdzi, że następuje wtedy wycofanie zainteresowania seksualnością i uspokojenie jej ekspresji, natomiast według Bancrofta (2011) nie ma badań jednoznacznie na to wskazujących, a jeżeli już owo wycofanie następuje, to jest ono wynikiem przyswajania sobie norm społecznych i rozwoju emocji wstydu. DeLamater i Friedrich (2008) natomiast piszą wręcz o nasileniu aktywności o charakterze masturbacyjnym na tym etapie rozwoju psychoseksualnego.

Okres dojrzewania rozpoczyna się zwykle około 10. roku życia i trwa do 18.–20. roku życia. Ze względu na charakterystykę dojrzewania fizycznego można ten etap podzielić na dwie fazy. Faza przedpokwitaniowa przygotowuje organizm do prokreacji poprzez wzrost natężenia hormonów płciowych, wzrost ciała i jego tkanek, wzrost genitaliów, u dziewcząt rozwój piersi, u chłopców masy mięśniowej, pojawienie się owłosienia pach i łonowego. Fazę pokwitaniową, kojarzoną z pierwszą miesiączką i polucją, charakteryzuje pojawienie się zdolności do zapłodnienia i dalszy rozwój cech płciowych (Kucz, 2006). W czasie dojrzewania u nastolatków znacznie nasila się zainteresowanie seksualnością. Proces ten przebiega nieco intensywniej w przypadku chłopców. Dla dziewcząt ważniejszą rolę pełni w tym czasie romantyczne uczucie. Podstawową formą aktywności seksualnej jest na tym etapie życia masturbacja. Wraz z rozwojem młodzi ludzie uczą się realizować potrzeby seksualne w relacjach diadycznych poprzez necking (pieszczoty twarzy, szyi i torsu), petting (pieszczoty całego ciała mogące doprowadzić do orgazmu) i stosunek seksualny w rozumieniu penetracji genitalnej (Beisert, 2006, 2017). Na silny popęd seksualny oddziałuje w sposób hamujący lub wzmacniający środowisko, w którym żyje i rozwija się nastolatek. Ważnym zadaniem tego etapu rozwoju psychoseksualnego jest również postępująca stabilizacja orientacji seksualnej (DeLamater, Friedrich, 2008).

Proces rozwoju seksualnego jest kontynuowany w okresie dorosłości. Stanowi ona ostatni i najdłuższy odcinek rozwoju psychoseksualnego człowieka. Choćby z uwagi na czas trwania nie jest to okres jednolity (Beisert, 2006). W literaturze z dziedziny psychologii rozwoju człowieka dorosłość dzielona jest trzy okresy: wczesny, średni i późny. Ze względu na brak wyraźnych zmian fizycznych i znaczne różnice międzyosobnicze w zakresie doświadczanych

zdarzeń i osiągnięć, trudno jest wyznaczyć granicę wiekową kolejnych etapów dorosłości. Można przyjąć założenie, że początek wczesnej dorosłości przypada na lata 20–22, a kończy się koło 35.–40. roku życia. Dolna granica tego przedziału związana jest z przyznaniem praw i obowiązków dorosłego człowieka, a górna – ze stabilizacją życiową i początkiem procesu biologicznego starzenia się organizmu. Średnia dorosłość to okres od około 35.–40. roku życia do 60.–65. roku życia. Ostatni okres życia człowieka to późna dorosłość, czyli tzw. starość (Gurba, 2012; Olejnik, 2012; Straś-Romanowska, 2012). Każdy z etapów dorosłości przynosi nowe zadania rozwojowe i doświadczenia związane z seksualnością (Hensel, Fortenberry, 2014).

4.1. Wczesna dorosłość

Młodzi dorośli stoją przed wyborem modelu dalszego funkcjonowania seksualnego. Muszą zmierzyć się z problemem mnogości skryptów i wzorów związków seksualnych. Mogą zdecydować się np. na długoterminową relację z jednym partnerem, życie singla, celibat, wiele relacji seksualnych z różnymi partnerami lub kilka następujących po sobie monogamicznych relacji trwających dłuższe okresy (DeLamater, Friedrich, 2008). W okresie wczesnej dorosłości rozwój psychoseksualny skoncentrowany jest na gotowości do dojrzałej relacji seksualnej i często prokreacji. Na tym etapie ludzie uczą się komunikować swoje potrzeby partnerowi, a także podejmować świadome decyzje dotyczące zdrowia seksualnego oraz zdrowia reprodukcyjnego. Młody dorosły zdobywa umiejętności związane z budowaniem i utrzymaniem intymnego związku. Niezwykle ważną rolę pełni też w tym okresie życia grupa rówieśnicza, która w przypadku rozpadu związku staje się wsparciem i polem wyboru kolejnego partnera (Beisert, 2006). Rewolucja cyfrowa naraziła współczesnych młodych dorosłych na nieograniczony dostęp do pornografii. W wyniku tego ich funkcjonowanie seksualne często jest niestabilne, egocentryczne i nastawione na eksplorację możliwości. Często młodym dorosłym towarzyszy również przekonanie, że należy gromadzić doświadczenia seksualne poprzez zmianę partnerów (Halpern, Kaestle, 2014).

Większość badań wskazuje, że młodzi mężczyźni deklarują wyższe zadowolenie z życia seksualnego niż ich rówieśniczki. Dotyczy to szczególnie pierwszych stosunków seksualnych. W przypadku kobiet ocenie pierwszego stosunku często towarzyszy emocja wstydu czy poczucia winy. Zdecydowanie niższy odsetek kobiet deklaruje doświadczenie przyjemności płynącej z tzw. pierwszego razu. O przeżyciu przyjemności fizycznej mówi 25% kobiet, a o przyjemności psychicznej 35%. Dla porównania 65% mężczyzn deklaruje doświadczenie w czasie pierwszego stosunku seksualnego przyjemności fizycznej, a 57% przyjemności

psychicznej (za: Halpern, Kaestle, 2014). Według badań opisywanych przez Halpern i Kaestle predyktorami satysfakcji seksualnej młodych kobiet są częstość orgazmu, penetracja genitalna, zaplanowana aktywność seksualna, szacunek do samej siebie, brak poczucia winy, wysoka samoocena, poczucie komfortu w odniesieniu do własnej seksualności i bycie w bliskim związku bez spotykania się z innymi partnerami. Te same zmienne z pominięciem szacunku do samego siebie, wysokiej samooceny, częstego orgazmu i braku poczucia winy są predyktorami satysfakcji seksualnej młodych mężczyzn. Przedstawiciele obu płci różnią się też na tym etapie życia motywem podejmowania aktywności seksualnej. Dla kobiet najważniejsza jest miłość i relacja w bliskim związku, a dla mężczyzn zaspokojenie ciekawości i rozładowanie napięcia seksualnego (Izdebski, 2012). Może to tłumaczyć wyniki badań Impett i współpracowników (2014), według których kobiety z reguły deklarują niższy stopień satysfakcji fizycznej, ale taki sam jak mężczyźni emocjonalnej. Często zdarza się, że młode kobiety podejmują aktywność seksualną pomimo braku gotowości w sensie rozwojowym, aby zatrzymać przy sobie partnera. W takiej sytuacji stosunkowi seksualnemu ze strony kobiety może towarzyszyć brak pożądania, podniecenia czy orgazmu, a deklarowana satysfakcja seksualna wynika raczej z postrzegania przyjemności doświadczanej przez partnera niż własnej. Młodzi mężczyźni natomiast częściej niż młode kobiety podejmują współżycie z partnerkami, z którymi nie są w intymnej relacji (Izdebski, 2012).

4.2. Średnia dorosłość

W wieku średnim napięcie seksualne zaczyna spadać (Beisert, 2006). Jednocześnie większa liczba mężczyzn będących na tym etapie życia deklaruje, że nie podjęłaby zachowań seksualnych z partnerką, której nie darzy uczuciem (Waite i in., 2009; za: Impett i in., 2014). Analizując literaturę przedmiotu, można wysnuć wniosek, że co prawda częstotliwość aktywności seksualnej wraz z wiekiem spada, lecz zadowolenie z prowadzonego życia seksualnego niekoniecznie. Wręcz przeciwnie – może ono wzrosnąć (Kivela, 1986; za: Cichocka, 2006; DeLamater, 2012). Wraz z upływem lat, szczególnie w grupie kobiet, podnosi się świadomość własnej seksualności i potrzeb z nią związanych, a także umiejętność komunikowania partnerowi swoich oczekiwań w tej sferze (DeLamater, Karraker, 2009). Według Izdebskiego (2012) seksualność okresu średniej dorosłości jest silnie związana z kryzysem środka życia, przypadającym zwykle między 40. a 45. rokiem i doświadczaniem objawów meno- i andropauzy. Utrata możliwości prokreacji w przypadku wielu osób wymaga redefinicji własnej seksualności i obrazu siebie. Dodatkowo opuszczenie domu rodzinnego

przez dzieci może stanowić dla partnerów kryzys nazywany efektem pustego gniazda, co z kolei wymaga redefiniowania związku (Wojciszke, 2005). Menopauza związana jest z szeregiem zmian w funkcjonowaniu narządów płciowych, na które wpływa redukcja produkcji testosteronu i estrogenów. Ściany pochwy robią się cieńsze i mniej elastyczne, a sama pochwa kurczy się w wymiarze długości i szerokości. Jednocześnie spada stopień lubrykacji, przez co stosunki pochwowe odbierane są przez wiele kobiet jako nieprzyjemne, a nawet bolesne. Istnieje wiele sposobów na to, by zaradzić temu problemowi, np. hormonalna terapia zastępcza, suplementacja estrogenami i testosteronem czy używanie lubrykantów (DeLamater, Friedrich, 2008). Mężczyźni przechodzą w tym okresie przez zaburzenia związane ze spadkiem produkcji androgenów – późny hipogonadyzm, niedobór androgenów u starzejących się mężczyzn. Erekcje prącia pojawiają się wolniej i są słabsze. Okres refrakcji następujący po orgazmie, w trakcie którego mężczyzna nie jest pobudliwy seksualnie, wydłuża się. Zmiany te nie muszą jednak mieć wpływu na satysfakcję z życia seksualnego. Na przykład dla wielu kobiet utrata płodności oznacza jednocześnie koniec lęku związanego z nieplanowaną ciążą, a dla mężczyzn, doświadczających wcześniej przedwczesnego wytrysku, zmiany w zakresie spadku reaktywności prącia mogą stać się źródłem poczucia kontroli (DeLamater, Friedrich, 2008). Paradoksalnie respondenci w średniej dorosłości wyżej oceniają swoją sprawność seksualną niż młodzi dorośli, co może wynikać z pojawiającego się wraz z wiekiem swoistego dystansu wobec funkcjonowania genitaliów. Według badań Izdebskiego (2012) osoby w okresie średniej dorosłości istotnie wyżej oceniają również wartość seksu w swoim życiu od osób w okresie zarówno wczesnej, jak i późnej dorosłości.

Reasumując, sposób rozwiązania kryzysów wieku średniego i zadań rozwojowych związanych z tym etapem życia ma istotny wpływ na dalszy rozwój psychoseksualny. Wpływ ten może być pozytywny, a wiążą się z nim takie okoliczności jak spadek lęku przed zajściem w ciążę, więcej czasu, który para ma dla siebie po odejściu dzieci z domu, większa dostępność seksualna związana ze zmniejszającą się ilością czasu, jaką spędza się w pracy. Wpływ negatywny powiązany jest z trudnością w poradzeniu sobie z utratą możliwości prokreacji, niemożnością odnalezienia się w roli partnerskiej, gdy zmniejsza się zaangażowanie w rolę rodziców, trudnością w akceptacji zmian w zatrudnieniu i często spadku statusu materialnego czy trudnością w konfrontowaniu się z nadchodzącą starością i śmiercią (DeLamater, Karraker, 2009).

4.3. Późna dorosłość

W literaturze przedmiotu akcentuje się stwierdzenie, że seksualność człowieka w okresie późnej dorosłości podporządkowana jest w dużej mierze zmianom natury biologicznej. Starzenie się organizmu i zmiany w sekrecji hormonalnej sprawiają, że postępuje inwolucja sprawności narządów płciowych. Analizując doniesienia z badań, można dojść do wniosku, że badacze zainteresowani procesem starzenia w obszarze seksualnym, skoncentrowani są głównie na sferze biomedycznej i zaburzeniach funkcji seksualnych. Zaniedbują natomiast tematykę psychospołecznych uwarunkowań satysfakcji seksualnej osób będących w późniejszych okresach życia (DeLamater, Karraker, 2009). Tymczasem poza ograniczeniami związanymi ze zmianami somatycznymi duże znaczenie mają też utrudnienia wynikające z uwarunkowań kulturowych – schematów myślenia i stereotypów dotyczących życia seksualnego osób starszych (DeLamater, Moorman, 2007), w tym również przekonań religijnych potępiających seks pozaprokreacyjny (Beisert, 2006). Wiele osób starszych internalizuje negatywne nastawienie społeczeństwa do ekspresji ich seksualności. Według DeLamater i Friedrich (2008) przekonania związane z brakiem przyzwolenia na cieszenie się własną seksualnością są ważniejszym powodem nieangażowania się w związki seksualne niż zmiany biologiczne wynikające z procesu starzenia się.

Wyniki badań, których przedmiot stanowiła zależność pomiędzy wiekiem a satysfakcją seksualną, nie są jednoznaczne. Część badaczy wskazuje na brak związku pomiędzy wymienionymi zmiennymi, część na związek pozytywny, a jeszcze inni na zależność negatywną (Byers, Rehman, 2014). Według DeLamater i Karraker (2009) o satysfakcji z funkcjonowania seksualnego wśród osób starszych decyduje przede wszystkim jakość ich bliskiej relacji (obecność partnera, jego charakterystyka i stan zdrowia w zakresie psychicznym i somatycznym). Ponadto zadowolenie z życia seksualnego może rosnąć pomimo spadku częstotliwości stosunków. Badacze często wskazują na spadek jakości funkcjonowania seksualnego wraz z postępującym wiekiem, przy czym wskaźniki używane przez nich do oceny owego funkcjonowania istotnie różnią się w poszczególnych badaniach. Pojawiające się choroby i urazy co prawda współwystępują z dysfunkcjami seksualnymi, według DeLamater i Karraker (2009) jednak czynniki natury psychologicznej odgrywają w przypadku osób starszych znacznie większą rolę w warunkowaniu poziomu satysfakcji seksualnej niż czynniki natury somatycznej. Osoby będące w okresie późnej dorosłości mogą podejmować szereg zachowań seksualnych niekoniecznie związanych ze stosunkiem penetracyjnym. W przypadku zaburzeń erekcji czy dyspareunii mogą zrezygnować z seksu

genitalnego, zastępując go stosunkami oralnymi, które w takiej sytuacji są zwykle bardziej satysfakcjonujące. U osób starszych sam akt seksualny w rozumieniu penetracji traci na znaczeniu, a dla satysfakcji seksualnej ważniejsze stają się pieszczoty i gra wstępna (Adams, Turner, 1988). Podobnie jak spada zainteresowanie osób starszych sprawnością funkcjonowania genitaliów, dzięki czemu dysfunkcje seksualne nie są już dla nich tak trudne do zaakceptowania jak dla młodych dorosłych (Leiblum, Rosen, 2005). Obiektywny ubytek zdrowia somatycznego nie musi więc prowadzić do spadku poziomu subiektywnego poczucia zdrowia (Heszen, Sęk, 2007).

Motywacja do podejmowania aktywności seksualnej (np. potrzeba bliskości z partnerem, miłość) może pełnić funkcję kompensacyjną wobec biologicznie uwarunkowanego spadku libido czy zaburzeń seksualnych (DeLamater, Karraker, 2009). W innych badaniach DeLamater i Moorman (2007) potwierdzili hipotezę, że doświadczenie choroby i jej terapii, nawet terapii o skutkach ubocznych dla życia seksualnego (np. w postaci wtórnej do farmakoterapii impotencji), nie ma aż tak istotnego wpływu na aktywność seksualną i satysfakcję z tego wymiaru życia, jaką mają zadowolenie z bliskiej relacji czy przekonania dotyczące aktywności seksualnej w starszym wieku. W późnej dorosłości istotnym problemem jest stan zdrowia partnera, a także jego dostępność związana z rosnącą śmiertelnością. Problem ten dotyczy szczególnie kobiet, które żyją statystycznie dłużej od swoich partnerów. Populacja dostępnych rówieśników, którzy mogliby stać się ich potencjalnymi partnerami seksualnymi, zmniejsza się, a wraz z nią spada częstotliwość aktywności seksualnej. Wiele kobiet po śmierci partnera nie decyduje się na ponowne zaangażowanie w związek (DeLamater, Moorman, 2007).

Podsumowując powyższe rozważania, można stwierdzić, że pomimo iż z upływem czasu spada częstotliwość aktywności seksualnej, spada natężenie myśli o charakterze erotycznym i fantazji seksualnych, wzrasta liczba dysfunkcji seksualnych i objawów przewlekłych chorób, to jednak poziom satysfakcji seksualnej nie musi ulec obniżeniu, a nawet może wzrosnąć. Mediującą rolę pełni tu jakość bliskiego związku i pozytywne przekonania dotyczące seksualności osób starszych (Sanchez-Fuentes i in., 2013; DeLamater i in., 2008).

5. Modele uwarunkowań satysfakcji seksualnej

Satysfakcja seksualna stanowi kluczowy element dobrostanu człowieka, łącząc aspekty biologiczne, psychologiczne i społeczne. Jej wielowymiarowy charakter sprawia, że trudno przypisać ją wyłącznie jednemu czynnikowi – jest efektem dynamicznej interakcji pomiędzy różnymi obszarami życia jednostki i relacji partnerskiej.

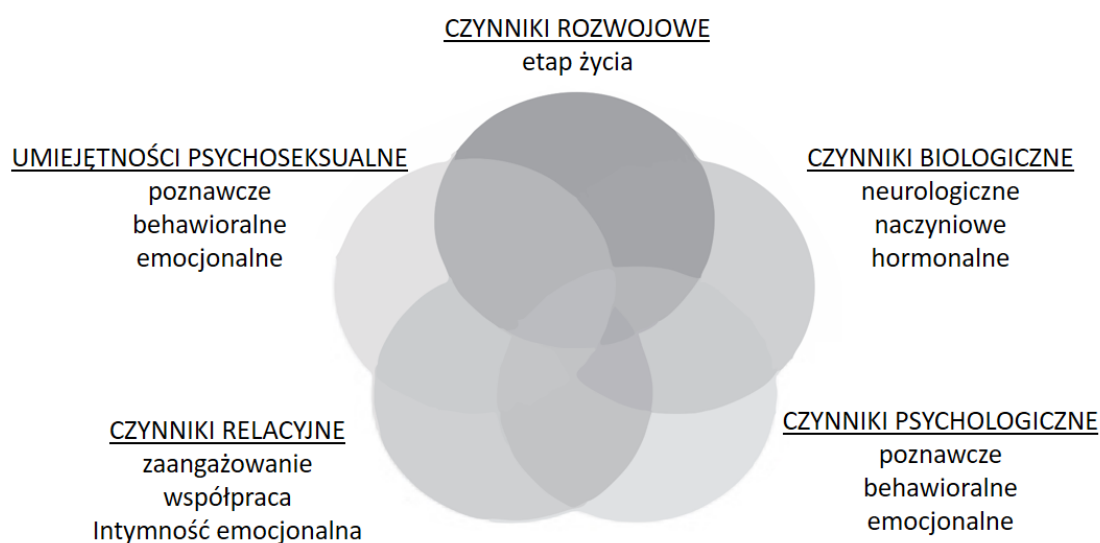
W literaturze przedmiotu powstało wiele modeli teoretycznych wyjaśniających mechanizmy leżące u podstaw zadowolenia z życia intymnego oraz wskazujących główne uwarunkowania i procesy prowadzące do jego wzrostu lub spadku. Niniejszy rozdział prezentuje najważniejsze koncepcje i modele wyjaśniające satysfakcję seksualną.

5.1. Model biopsychospołeczny

Zbigniew Lew-Starowicz (1997, 2010) w swoich rozważaniach i badaniach prezentował model, według którego na zdrowie seksualne i satysfakcję seksualną, rozumianą jako jego subiektywny wyznacznik, mają wpływ czynniki natury biologicznej, psychicznej i społeczno-kulturowej. Jest to podejście spójne ze współczesnym rozumieniem fenomenu seksualności człowieka jako zjawiska natury psychosomatycznej (Bancroft, 2011). Podobną orientację teoretyczną zaproponował Barry W. McCarthy (2015), kładąc jednak akcent na czynnik psychiczny. Do czynników biologicznych Lew-Starowicz zaliczył funkcjonowanie układu hormonalnego, układu nerwowego, układu krążenia, urazy rdzenia kręgowego, cukrzycę, meno- i andropauzę, dysfunkcje anatomiczne narządów płciowych, choroby neurologiczne, choroby ginekologiczne, choroby urologiczne, choroby i infekcje przenoszone drogą płciową. Wśród czynników psychicznych badacz wymienił natomiast: rozwój psychoseksualny, środowisko rodzinne, małżeństwo rodziców, osobowość, stosunek do autoerotyzmu, doświadczenie przemocy, relacje partnerskie, zdrowie psychiczne, obecność stresu i lęku (szczególnie związanego z nieplanowaną ciążą), uzależnienia, potrzeby, oczekiwania, postawy, samoocenę i obraz własnej osoby, twórczość erotyczną (*ars amandi*). Kategoria czynników społeczno-kulturowych zawiera: edukację seksualną, mity i stereotypy związane z różnicami płciowymi i seksem, religię oraz kodeksy prawne. Zaznaczyć jednak należy, że granice powyższych kategorii są płynne. Istnieją także zjawiska, których nie można jednoznacznie sklasyfikować. Na przykład epizod depresji, którego doświadczanie pozostaje w silnym związku z jakością funkcjonowania seksualnego, można przypisać do wszystkich trzech kategorii. Na poziomie biologicznym depresja związana jest np. poprzez

nieprawidłowości w układzie dopaminowym z zaburzeniem czynności popędowych. Na poziomie psychicznym nasileniu ulegają samokrytyczne myśli dotyczące własnej atrakcyjności i sprawności seksualnej. W wymiarze społeczno-kulturowym doświadczenie zaburzeń nastroju tego typu wiąże się często ze stygmatyzacją, brakiem systemowego wsparcia i byciem wykluczonym bądź samowykluczeniem z kręgów towarzyskich, gdzie poznać można potencjalnych partnerów (Jakima, Lew-Starowicz, 2008).

Metz, McCarthy i Epstein (2017) zaprezentowali biopsychospołeczny model zdrowia seksualnego i satysfakcji seksualnej, na który składa się pięć kategorii (zob. rysunek 5).



Rysunek 5. Biopsychospołeczny model uwarunkowań zdrowia seksualnego. Źródło: opracowanie własne na podstawie Metz, Epstein, McCarthy, 2017.

Kategoria czynników rozwojowych odnosi się do zmian w funkcjonowaniu seksualnym, które pojawiają się w kolejnych etapach życia. Autorzy omawianego modelu podkreślali, że rozwój psychoseksualny trwa od narodzin do śmierci, a każdy okres życia przynosi nowe zarówno wyzwania, jak i zasoby w obszarze zdrowia seksualnego. Wśród doświadczeń i cech wiążących się pozytywnie ze zdrowiem wymieniają m.in. brak doświadczeń seksualnych związanych z przymusem czy przemocą, odebranie rzetelnej edukacji seksualnej, otwartość na uczenie się, samoakceptację, prężność, pozytywne relacje interpersonalne, świadomość granic związanych z zachowaniami seksualnymi.

Pisząc o kategorii czynników biologicznych, badacze podkreślają, że realistyczne oczekiwania wobec ciała i funkcjonowania seksualnego są równie ważne co obiektywny stan zdrowia.

W kategorii czynników natury psychologicznej znalazły się elementy natury poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej, a więc interpretacje sytuacji seksualnych oraz związane z nimi

emocje czy odczucia fizjologiczne oraz zachowania. Zadowoleniu z życia seksualnego sprzyjają pozytywne myśli i emocje, pojawiające się w odpowiedzi na bodźce seksualne, a także zachowania sprzyjające skupieniu na budowaniu podniecenia i doświadczaniu przyjemności.

Kategoria czynników relacyjnych zawiera te związane z umiejętnością współpracy, wsparciem, okazywaniem pozytywnych uczuć, akceptacją, zrozumieniem, sposobami radzenia sobie z problemem, oczekiwaniami, założeniami, atrybucjami.

W kategorii umiejętności psychoseksualnych badacze zawarli praktyki seksualne. Znaczenie prozdrowotne ma stopień ich urozmaïcenia, plastyczność i umiejętność adaptacji do nowych sytuacji, np. wynikających z chwilowych trudności w funkcjonowaniu seksualnym czy trwalszych zmian związanych z etapem życia czy etapem bliskiego związku.

5.2. Model interpersonalnej wymiany seksualnej

Model satysfakcji seksualnej autorstwa Elaine Byers (1999) nawiązuje do interpersonalnych modeli wymiany prezentujących relacje międzyludzkie pod kątem tego, co partnerzy wnoszą do relacji i co z niej zyskują. Według modelu interpersonalnej wymiany seksualnej poziom zadowolenia z życia seksualnego zależy od pięciu czynników:

- 1) bilansu seksualnych zysków i strat, gdzie zyski są gratyfikujące lub przyjemne, a straty wymagają psychicznego bądź fizycznego wysiłku, zawstydzenia czy zażenowania bądź lęku. Profity i koszty mogą również dotyczyć dóbr materialnych, usług, ekspresji afektu, komunikacji, dzielenia się;
- 2) zestawienia rzeczywistych zysków i kosztów z oczekiwanymi przez osobę. Bardziej usatysfakcjonowane będą osoby, których oczekiwany bilans zysków i kosztów jest tożsamy z realnym wynikiem;
- 3) postrzeganej równowagi bądź jej braku w zyskach i kosztach pomiędzy partnerami. Im bardziej podobny poziom zysków i strat obojga partnerów, tym większa ich satysfakcja;
- 4) historii bilansu zysków i kosztów, równowagi bądź nierównowagi pomiędzy wkładem i zyskiem partnerów, zestawień oczekiwań i realiów. Według Byers historia wymian ma dla satysfakcji seksualnej większe znaczenie niż bieżący stan;
- 5) jakości pozaseksualnych elementów dotyczących bliskiej relacji i zadowolenie z niej.

Byers podkreślał, że różne aspekty relacji seksualnej mogą być odmiennie kwalifikowane przez partnerów. Na przykład stosunek oralny jedna osoba może rozumieć jako zysk, a druga jako koszt. Z badań wynika, że kobiety jako nagradzające określają aspekty związane z budowaniem intymnej relacji i wiernością. Mężczyźni natomiast częściej koncentrują się na intrapsychicznej przyjemności.

5.3. Model systemów ekologicznych

Według teorii systemów ekologicznych autorstwa Uri Bronfenbrennera (1994, za: Sanchez-Fuentes i in., 2013) na rozwój psychoseksualny człowieka wpływają czynniki podmiotowe i środowiskowe. Dokładniej można powiedzieć, że rozwój jednostki dokonuje się w kontekście jej związków ze środowiskiem. Człowiek nie tylko znajduje się pod wpływem środowiska, lecz także sam je kształtuje. W świetle tej teorii sfery tworzące środowisko to mikrosystem, mezosystem, egzosystem i makrosystem. Zawierają się one w sobie, a także pozostają we wzajemnych interakcjach. Na mikrosystem składają się indywidualne charakterystyki człowieka takie jak płeć, wiek, samoocena, zdrowie psychiczne i fizyczne, doświadczenia. Mezosystem to bliskie relacje, rodzina, związek, najbliższe otoczenie, przyjaciele i znajomi, grupa rówieśnicza. Egzosystem zawiera w sobie sieci społeczne i status społeczny, sytuację socjoekonomiczną, struktury związane z rozwojem i pracą. Makrosystem zaś to wartości związane z kulturą, religią i sytuacją polityczną.

Sanchez-Fuentes i współpracownicy (2013) przeanalizowali 197 publikacji wydanych w latach 1979–2012, będących efektem badań nad satysfakcją seksualną i jej uwarunkowaniami. W myśl teorii systemów ekologicznych badacze połączyli zmienne wyjaśniające poziom zadowolenia z życia seksualnego w cztery kategorie:

- 1) zmienne podmiotowe, takie jak własności socjodemograficzne, psychologiczna charakterystyka, zdrowie psychiczne i fizyczne;
- 2) zmienne dotyczące bliskiego związku;
- 3) zmienne powiązane ze wsparciem społecznym i więziami rodzinnymi;
- 4) przekonania kulturowe i wartości religijne.

Tabela 1

Zmienne powiązane z satysfakcją seksualną skategoryzowane w oparciu o poziomy teorii ekologicznej Bronfenbrennera

Mikrosystem:	– zaburzenia psychiczne i przyjmowanie leków psychotropowych, – zdrowie fizyczne, choroby, niepełnosprawność, funkcjonowanie fizyczne i społeczne, vitalność, sprawność fizyczna, zależność od opieki, menopauza, leczenie medyczne, – ciąża i przebieg porodu, – procedury chirurgiczne: obrzezanie, wazektomia, histerektomia, – używanie alkoholu, nikotyny, – dobrostan i poczucie jakości życia, – osobowość, perfekcjonizm, umiejętność rozwiązywania problemów, – ułożenie poczucia kontroli, rodzaj atrybucji, autonomia, unikanie, rozwój osobisty, satysfakcja z życia, dyferencjacja <i>self</i>, atrakcyjność społeczna, samorealizacja, – samoocena, postrzeganie samego siebie, postrzeganie samego siebie w sferze seksualności, pewność siebie w sferze seksualności, obraz ciała, waga, BMI,
---------------------	---

	– role płciowe, role seksualne, – przekonania dotyczące seksualności, myśli związane z seksualnością, poczucie winy związane z seksualnością, zinternalizowana homofobia, oglądanie pornografii, ważność seksu w życiu, – wykorzystanie seksualne, gwałt, – zmienne socjodemograficzne: wiek, płeć, rasa, orientacja seksualna, edukacja, wiedza o seksualności, doświadczenia seksualne, liczba partnerów seksualnych, miejsce zamieszkania.
Mezosystem:	– bliski związek: satysfakcja z bliskiego związku, dopasowanie, intymność, zaangażowanie, miłość, wsparcie, równouprawnienie, podział prac domowych, stabilizacja, formalizacja związku, staż związku, komunikacja, rozwiązywanie konfliktów, niewierność, terapia małżeńska; – przywiązanie, – asertywność w sprawach seksu, – funkcjonowanie seksualne w zakresie pożądania, podniecenia, erekcji i orgazmu, – dysfunkcje seksualne, – rodzaj kosztów i zysków związanych z podejmowaniem aktywności seksualnej, stosunek kosztów do zysków, częstotliwość seksu, zachowania seksualne, zachowania hedonistyczne, lęk przed oceną, zainteresowanie seksem i motywacja do podejmowania zachowań seksualnych, skłonność do odczuwania ekscytacji, antykoncepcja, używanie lubrykantu, – niepłodność, bezpłodność.
Egzosystem:	– wsparcie społeczne, dyskryminacja, – relacje rodzinne, odpowiedzialność, uczuciowość, – rodzicielstwo, – status socjoekonomiczny, – stres związany z sytuacją finansową, rodzinną, pracą, – zasoby.
Makrosystem:	– religia, – duchowość, – konflikt na tle kulturowym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sanchez-Fuentes, Santos-Iglesias, Carlos Sierra, 2013.

W oparciu zarówno o powyższą koncepcję, jak i wyniki badań badacze dowiedli, że na satysfakcję seksualną wpływają nie tylko czynniki związane z samą osobą badaną czy jej związkiem, lecz także z dalszymi relacjami, społeczeństwem i kulturą, w których żyje. Badania nad uwarunkowaniami satysfakcji seksualnej kobiet w oparciu o wyżej wymieniony model przeprowadził również Henderson wraz ze współpracownikami (2009; za: Sanchez-Fuentes i in., 2013). Wyniki wskazały na znaczenie objawów związanych z depresją, zinternalizowanej homofobii (w przypadku lesbijek), satysfakcji z bliskiego związku, funkcjonowania seksualnego i wsparcia społecznego jako zmiennych powiązanych z poziomem satysfakcji seksualnej.

6. Biopsychospołeczne determinanty satysfakcji seksualnej

Większość aktywnych seksualnie dorosłych deklaruje zadowolenie z życia seksualnego (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2019). Rezultat ten jest uzyskiwany w badaniach, które były prowadzone w tym obszarze zarówno przez polskich (Izdebski, 2012; Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2019; Plopa, 2017), jak i zagranicznych naukowców (Higgins i in., 2011; Heinemann i in., 2011; za: Biernie-Porter, Hunt, 2015). Badania przeprowadzone przez Izdebskiego (2012) wykazały, że około 80% Polaków deklaruje zadowolenie z podejmowanej aktywności seksualnej. Lew-Starowicz (2010) pisał o wysokim zadowoleniu Polaków z ich życia seksualnego jako paradoksie, gdyż powszechnie uważa się polską kulturę seksualną za niską. Badacz tłumaczył ową rozbieżność pomiędzy poczuciem satysfakcji seksualnej a obiektywnymi miarami jakości życia seksualnego niskimi oczekiwaniami Polaków wobec seksu. Izdebski (2012) z kolei podkreślał, że satysfakcja seksualna jest niezwykle subiektywnym wymiarem zdrowia seksualnego, może więc nie zależeć od obiektywnych miar, takich jak np. długość stosunku, urozmaicenie pozycji seksualnych, doświadczenie orgazmu. Podobnego zdania, lecz w odniesieniu do szerszej niż polska populacji, byli m.in. Ferenidou (2008) czy Dundon i Rellini (2010), którzy w swoich pracach omówili zjawisko paradoksu zadowolenia i niezadowolenia z życia seksualnego. Zdarza się bowiem, że pomimo dobrego stanu zdrowia seksualnego respondenci są niezadowoleni z tego obszaru funkcjonowania i odwrotnie – pomimo doświadczenia dysfunkcji seksualnych deklarują wysoką satysfakcję seksualną. Ferenidou (2008) w swoich rozważaniach stwierdził, że satysfakcja seksualna i jakość funkcjonowania seksualnego to dwa odrębne wymiary życia seksualnego, czasem nawet względnie od siebie niezależne. Kobiety cechuje wprawdzie niższy średni wynik zadowolenia z życia seksualnego niż mężczyźni, lecz płeć nie różnicuje poziomu satysfakcji seksualnej, a więc liczby osób uzyskujących wyniki niskie, średnie i wysokie w zakresie zadowolenia z życia seksualnego. Uzyskany rezultat jest tożsamy z wynikami badań prowadzonych przez Izdebskiego (2012). Badacz nie odnotował różnic w rozkładzie odpowiedzi kobiet i mężczyzn dotyczących poczucia satysfakcji seksualnej. Wynik badań własnych z 2019 roku jest również spójny z wcześniejszymi autorskimi badaniami (Dolińska-Zygmunt, Nomejko, 2011, 2014) czy rezultatami prac Higgins i współpracowników (2011), które wskazały na brak różnic płciowych w poziomie zadowolenia z życia seksualnego. Jest to również efekt spójny ze współczesnym stanowiskiem seksuologów i badaczy seksualności człowieka, według których różnica pomiędzy kobietami i mężczyznami polega

na odmiennych uwarunkowaniach satysfakcji seksualnej, a nie na jej różnym poziomie (m.in. Birnie-Poter, Hunt, 2015). Rozbieżne rezultaty, uzyskiwane w tym zakresie przez innych badaczy, mogą wynikać z zastosowanych narzędzi pomiaru satysfakcji seksualnej. Otóż w przypadku, gdy dokonuje się pomiaru tzw. obiektywnej satysfakcji seksualnej w oparciu o wskaźniki związane z funkcjonowaniem seksualnym (np. sprawnością funkcjonowania genitaliów, doświadczeniem orgazmu, nasileniem popędu seksualnego i fantazji w tym obszarze), kobiety mogą otrzymywać niższe wyniki niż mężczyźni. Gdy natomiast badacze mierzą poczucie satysfakcji seksualnej osób badanych, wyniki niezależnie od płci mogą być podobne (Impett i in., 2014).

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele badań przeprowadzonych w celu zidentyfikowania warunków sprzyjających doświadczaniu wysokiej oceny własnego życia seksualnego lub byciu narażonym na niską ocenę. Większości z nich nie można jednak osadzić w ramach szerszego modelu teoretycznego. Często badania te polegały na poszukiwaniu związków satysfakcji seksualnej z pojedynczymi zmiennymi (Byers, 1999; Sanchez-Fuentes i in., 2013). Amerykańskie Centrum Zdrowia Małżeńskiego i Seksualnego (Center for Marital and Sexual Health; za: Leiblum, Rosen, 2005) przedstawiło model satysfakcji seksualnej, w którym akcentuje się wpływ psychospołecznych czynników na relację seksualną i stopień satysfakcji seksualnej. Życie seksualne uwikłane jest w kontekst, na który składają się:

- jakość bliskiego związku,
- stan zdrowia (psychicznego i fizycznego, w tym obecność dysfunkcji seksualnych),
- posiadanie dzieci,
- satysfakcja zawodowa i etap życia.

Model uwarunkowań satysfakcji seksualnej autorstwa Haavio-Mannili i Kontuli (1997) powstał w oparciu o badanie, w którym udział wzięło 2250 Finów w wieku od 18 do 74 lat. Badacze wyróżnili na podstawie wyników pięć wymiarów kluczowych dla satysfakcjonującego życia seksualnego:

- 1) tło społeczne (*social background*): wiek, atmosfera wokół seksualności i religijności w domu pochodzenia, zasoby związane z edukacją, czas pierwszych doświadczeń seksualnych;
- 2) poglądy związane z seksualnością (*sexual ideas*): ważność życia seksualnego na tle innych sfer życia, asertywność w sprawach seksu, postrzeganie swoich umiejętności seksualnych, aktywności i atrakcyjności seksualnej;
- 3) więzy emocjonalne pomiędzy partnerami (*the emotional ties between partners*): bycie kochanym i kochanie partnera/partnerki;

- 4) techniki i praktyki seksualne (*sexual techniques and practiques*): używanie seksualnych gadżetów i materiałów, częstość współżycia, wielość technik i pozycji;
- 5) orgazm: częstość zakończenia współżycia odczuwaniem intensywnej przyjemności.

Laumann i jej współpracownicy (2006) w poszukiwaniu uwarunkowań zadowolenia z życia seksualnego przeprowadzili badania na populacji 13 882 kobiet i 13 618 mężczyzn w wieku od 40 do 80 lat zamieszkujących wybrane kraje Europy (badań nie prowadzono w Polsce), Izraelu, Północnej Ameryce, Brazylii, Australii i Nowej Zelandii. Predyktorami poziomu satysfakcji seksualnej badanych osób okazały się: zdrowie psychiczne i fizyczne, charakterystyka bliskiego związku, praktyki seksualne, przekonania dotyczące seksualności. Współczesne badania nad psychologicznymi determinantami satysfakcji seksualnej podkreślają, że jest ona efektem złożonej interakcji wielu czynników (Eskandar, 2025).

6.1. Jakość życia

Seksualność jest niezwykle istotna w ogólnej egzystencji człowieka (Imieliński, 1984), a zadowolenie z życia seksualnego silnie wiąże się z dobrostanem i szczęściem (Rosen, Bachmann, 2008). Aktywność seksualna może przysparzać wielu korzyści, wśród których znajdują się nie tylko spełnione cele reprodukcyjne. Służy ona także utrzymaniu zadowolenia ze związku i dostarczaniu przyjemności (Bancroft, 2011). Pełni też ważną rolę w sumarycznej ocenie jakości życia.

O relacji satysfakcji seksualnej z pięcioma wymiarami jakości życia napisała Kuczyńska (1992b):

- aktywność – z problemami tego wymiaru łączą się problemy seksualne i interpersonalne, takie jak samotność, niemożność realizacji preferencji seksualnych, problem doboru w parze;
- produktywność – wiąże się ze stawianiem sobie celów i realizacją zadań życiowych. Seksualność służy reprodukcji, redukcji napięć, tworzeniu i wzmacnianiu więzi, identyfikacji płciowej, wzbogaceniu własnego życia i osobowości, twórczości;
- sensowność – waga sensowności w życiu seksualnym ukazuje się w procesie terapeutycznym, gdzie częstokroć psychoedukacja i zrozumienie mechanizmów powstawania dysfunkcji wystarcza, aby problemy seksualne zniknęły. Z badań Gulczyńskiej i Jankowiak (2006) wynika, że osoby pozostające w stałym związku seksualnym lub potrafiące zaproponować interakcję erotyczną i odbywające stosunki seksualne mają wyższe poczucie koherencji, zaradności i sensowności;

- kooperacja – związek dwojga ludzi jest niezwykle ważny dla jakości ich życia. Od jego charakteru, komunikacji i postaw partnerów wobec siebie zależy jakość życia seksualnego i jakość życia w ogóle;
- zmienność – określana jest dążeniem do doświadczania różnych sytuacji i bogactwem przeżyć, których źródłem może być życie seksualne. Jeżeli zachowania seksualne w związku nie są wystarczająco pobudzające i różnorodne, partnerzy mogą zacząć szukać nowych doświadczeń w alternatywnych relacjach z innymi.

Według Kępińskiego (2003, s. 4–5), który akcentował istotność seksualnego wymiaru życia, seks jest „realizacją ludzkiej tęsknoty za wyjściem poza granice swojej własnej indywidualności i za złączeniem się z otaczającym światem”. Jest również realizacją drugiego prawa biologicznego – zachowania gatunku. Człowiek będący podmiotem zgadza się na wejście z drugim człowiekiem w bardzo intymny związek i bycie również przedmiotem zaspokojenia dla drugiego podmiotu.

Cichocka (2006) pisała o wadze potrzeby seksualnej w całym cyklu życia. Osoby starsze zaprzestają aktywności w tej sferze nie z braku potrzeby seksualnej. Badania pokazują, że pożądanie i zainteresowanie seksem spada głównie z braku akceptacji społecznej. Dopiero na dalszym planie znajdują się zmiany chorobowe, wpływ farmakoterapii i brak partnerów. Badaczka zauważyła, że osoby starsze, które akceptują swoją seksualność i pozostają w tym wymiarze życia aktywne, cechuje lepsze samopoczucie, wyższa samoocena i bardziej satysfakcjonujące układy partnerskie.

Utrzymujące się niedyspozycje seksualne i sytuacyjne dysfunkcje mogą być przyczyną stresu, frustracji, lęków czy depresji. Mogą także negatywnie wpływać na bliski związek i inne obszary życia (Arrington i in., 2004). Badania przeprowadzone przez Kopenhaskie Centrum Badań nad Jakością Życia (The Quality-of-Life Research Center, Copenhagen) na populacji 2400 osób w przedziale wiekowym od 18 do 88 lat wykazały, że osoby z dysfunkcjami seksualnymi cechuje poziom jakości życia do 20% niższy niż u osób zdrowych (Ventegodt, 1998).

Wbrew stereotypom zadowolenie z seksualnego wymiaru życia może być silniej związane z poczuciem jakości życia kobiet niż mężczyzn. W badaniu przeprowadzonym przez w 2010 roku poszukiwano zależności pomiędzy poczuciem jakości życia a satysfakcją seksualną (Dolińska-Zygmunt, Nomejko, 2012). Poczucie jakości życia rozumiane było w owych badaniach zgodnie z koncepcją Straś-Romanowskiej (2005) jako ocena poznawcza i uczucia towarzyszące określonemu sposobowi życia, na który składają się relacje, rodzaje przeżyć,

działania i rozwój. W koncepcji tej wyróżnia się cztery wymiary jakości życia – biologiczny, społeczny, podmiotowy i metafizyczny.

- 1) Sfera psychofizyczna – odnosi się do biologicznego dobrostanu/zdrowia. Zakłóceniem tej sfery może być choroba. Poczucie zadowolenia w tej sferze związane jest z zaspokajaniem potrzeb natury biologicznej i aktywnością życiową pozostającą w zgodzie ze swoim organizmem.
- 2) Sfera psychospołeczna – poczucie jakości życia w tym wymiarze odnosi się do uczestnictwa człowieka w życiu społecznym – podejmowania ról społecznych i realizacji standardów społecznych. Do osiągnięcia wysokiej jakości życia w tym obszarze przyczynia się odczuwanie miłości, akceptacji, przynależności i szacunku ze strony innych ludzi. Zaburzenie tej sfery może stanowić poczucie samotności.
- 3) Sfera podmiotowa – dotyczy podmiotowości człowieka, a wyrażana jest w poczuciu indywidualności, ponoszeniu odpowiedzialności za swoje życie, realizowaniu swoich celów i poczuciu bycia autentycznym, „w zgodzie ze sobą”.
- 4) Sfera metafizyczna – odnosi się do wymiaru duchowego. Stanowi akceptację i realizację wartości, które są ponadczasowe i uniwersalne. Łączona jest z poczuciem sensu życia, przeżyciami religijnymi, dążeniem do autotranscendencji poprzez akceptację i realizację wartości uniwersalnych takich jak dobro, prawda, piękno i miłość.

Satysfakcja seksualna pozostawała w silnym związku z globalnym poczuciem jakości życia osób badanych. Analiza zależności satysfakcji seksualnej z poszczególnymi wymiarami poczucia jakości życia wskazała na istnienie istotnych statystycznie związków między zmiennymi, ale najsłabsze okazały się związki satysfakcji seksualnej ze sferami: psychospołeczną i metafizyczną. Ciekawych wyników dostarczyło międzyplciowe porównanie siły korelacji satysfakcji seksualnej oraz poczucia jakości życia i jego poszczególnych sfer. W przypadku kobiet satysfakcja seksualna wiązała się w sposób istotny zarówno z wynikiem globalnym, jak i wszystkimi sferami poczucia jakości życia. Analiza wyniku korelacji w grupie mężczyzn wskazała na związek satysfakcji seksualnej jedynie z wynikiem globalnym i sferą psychofizyczną. Ponadto satysfakcja seksualna kobiet była silniej związana z poczuciem jakości życia zarówno w przypadku jego globalnej oceny, jak i poszczególnych sfer niż satysfakcja mężczyzn (Dolińska-Zygmunt, Nomejko, 2012).

Badacze nie są jednak zgodni w kwestii wagi aktywności seksualnej i zadowolenia z niej dla jakości życia człowieka. Obuchowski (1984) twierdził, że z biologicznego punktu widzenia potrzeba seksualna jest w życiu człowieka naturalna i konieczna, lecz dla części ludzi zdaje się nie odgrywać istotnej roli. Podawał przykłady osób, które zrezygnowały z realizacji

seksualnej przez wzgląd na religię czy inne aspekty wymiaru duchowego. Podkreślał również, że dla wielu małżeństw sfera seksualna i związana z nią namiętność z czasem wygasa, a pomimo to nadal deklarują one wysoki poziom satysfakcji ze związku. Przykład może stanowić zjawisko aseksualności, które polega na całkowitym braku potrzeb seksualnych i zainteresowania sprawami seksu. Osoby definiujące siebie jako aseksualne domagają się różnicowania tego zjawiska z awersją seksualną czy zaburzeniami pożądania i podniecenia, traktując je jako wymiar tożsamości czy orientację seksualną (Bogaert, 2004).

6.2. Zdrowie psychiczne i somatyczne

Aktywność seksualna pozostaje w związku zarówno ze zdrowiem psychicznym, jak i somatycznym. W licznych badaniach dowiedziono pozytywnych korzyści płynących z seksu dla układów krwionośnego i immunologicznego. W zakresie zdrowia psychicznego aktywność seksualna powiązana jest z dobrostanem i pozytywnymi emocjami. Dokonując analizy literatury przedmiotu, można jednak zauważyć, że tematyka większości istniejących badań dotyczy relacji pomiędzy aktywnością seksualną a chorobą i jej negatywnymi skutkami (George i in., 2014).

Wielu klinicystów i badaczy podziela pogląd, że doświadczanie negatywnych emocji, takich jak lęk, złość, wstyd czy też dłuższe pozostawanie w obniżonym nastroju, np. depresji, wpływa negatywnie na przeżywanie podniecenia seksualnego i pozostaje w związku z niską satysfakcją seksualną. W przypadku lęku wzbudzenie współczulnego układu nerwowego utrudnia reakcję przekrwienia genitaliów, kluczową w osiągnięciu podniecenia seksualnego (Bancroft, 2011; Sanchez-Fuentes i in., 2013). Ponadto jednym z klinicznych objawów depresji jest obniżone zainteresowanie aktywnością seksualną (Jakima, Lew-Starowicz, 2010). Część badaczy wskazuje jednak na paradoksalny związek pomiędzy obniżonym nastrojem, a podejmowaniem aktywności seksualnej i czerpaniem z niej przyjemności. Otóż w związku z wydzielaniem dopaminy i pobudzeniem ośrodka nagrody w mózgu zadowolenie z seksu i przeżywana przyjemność dla części osób stanowią regulator nastroju (Frohlich, Meston, 2002; za: Bancroft, 2011). Jest to jeden z mechanizmów, przy pomocy których podejmuje się próby wytłumaczenia zjawiska uzależnienia od seksu czy też kompulsywnych zachowań seksualnych (Carnes, 2009). Aktywność seksualna może pełnić funkcję podobnego regulatora również w przypadku doświadczania lęku. Przeżycie orgazmu ma charakter uśmierzający napięcie i wywołuje chwilową redukcję poziomu stresu. Jednocześnie aktywność seksualna podejmowana przede wszystkim w celu poprawy nastroju jest często oceniana negatywnie,

co pogłębia uczucie smutku, lęku, izolacji, a u osób uzależnionych od masturbacji czy seksu zamyka błędne koło i prowadzi do kolejnej ryzykownej aktywności seksualnej (Carnes, 2009). Wpływ na zadowolenie z życia seksualnego może mieć również farmakoterapia stosowana w leczeniu zaburzeń lękowych czy nastroju. W przypadku wielu leków działaniem ubocznym jest obniżenie poziomu libido, opóźniony wytrysk, zaburzenia erekcji u mężczyzn i zaburzenia podniecenia i orgazmu u kobiet (Jakima, Lew-Starowicz, 2010).

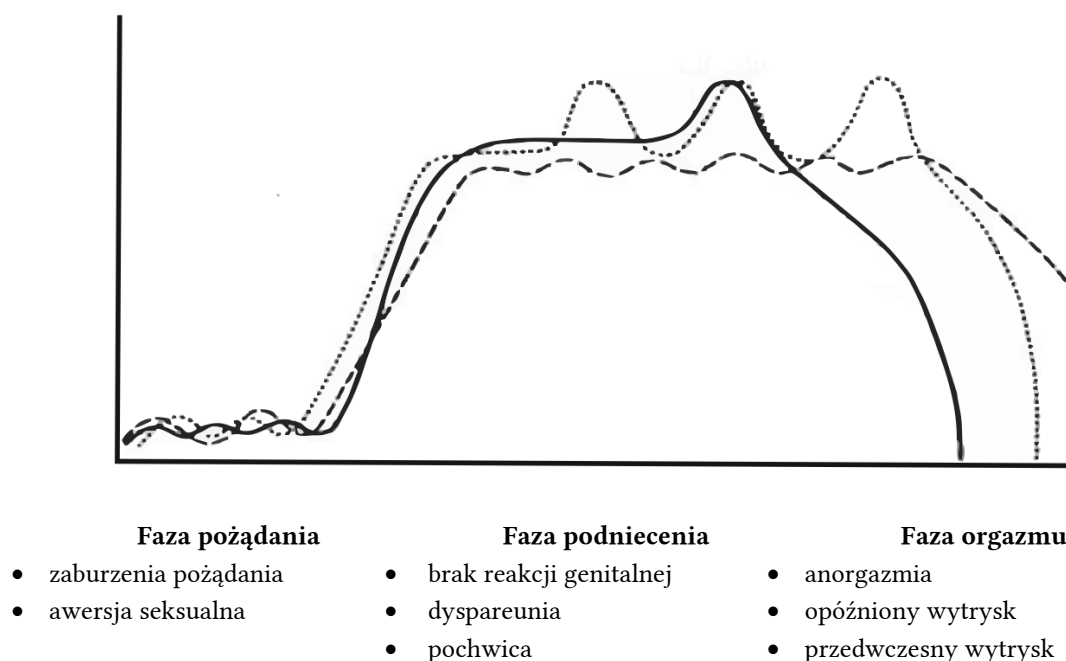
Sprawność fizyczna oraz poczucie zdrowia są powiązane z wyższą satysfakcją seksualną i zależność ta jest obustronna – satysfakcjonujące życie seksualne może poczucie zdrowia umacniać (Sanchez-Fuentes i in., 2013). Badacze wskazują również na związek pomiędzy występowaniem chorób przewlekłych (reumatyzmu, artretyzmu, cukrzycy, nadciśnienia) i urazów, np. uszkodzeń rdzenia kręgowego, z niską satysfakcją z życia seksualnego. Podobnie leczenie chirurgiczne nowotworów związanych z narządami płciowymi (np. histerektomia) pozostaje w związku z niższą satysfakcją seksualną. Osoby chorujące na marskość wątroby doświadczają spadku testosteronu i często hiperprolaktynemii, które skutkują u mężczyzn zaburzeniem erekcji, a u obu płci – spadkiem pożądania. Pojawienie się zaburzeń seksualnych może być także zwiastunem przewlekłych chorób somatycznych, np. zaburzenia erekcji wyprzedzają pojawienie się cukrzycy o kilka lat. Jedna trzecia kobiet chorujących na cukrzycę doświadcza anorgazmii, a u mężczyzn-diabetyków zaburzenia erekcji pojawiają się czterokrotnie częściej niż w zdrowej populacji. W przypadku mężczyzn chorujących na cukrzycę ze względu na neuropatię włókien okalających pęcherz moczowy może również wystąpić wytrysk wsteczny. Współżycie seksualne jest nie tylko przeżyciem emocjonalnym, lecz także wysiłkiem fizycznym wymagającym pewnej sprawności, dlatego np. choroba wieńcowa może wykluczać na pewien czas z aktywności seksualnej. Wpływ na życie seksualne i czerpaną z niego satysfakcję ma również farmakoterapia stosowana w leczeniu chorób natury somatycznej. Na przykład pacjenci przyjmujący leki w przebiegu chorób układu krwionośnego są zagrożeni ich skutkami ubocznymi, takimi jak obniżenie poziomu libido, wystąpieniem zaburzeń podniecenia i orgazmu (Lew-Starowicz, 2010).

Należy również wspomnieć o trudności, jakiej mogą doświadczać osoby przewlekle chore w znalezieniu partnera seksualnego i utrzymaniu satysfakcjonującej relacji. Zdarza się, że diagnoza choroby, jej objawy i sposób leczenia wpływają negatywnie na istniejącą relację, co obniża zadowolenie z aktywności seksualnej (George i in., 2014). Wyniki badań w tym zakresie nie są jednak konkluzyjne. Rezultaty uzyskane przez Karlen (2002, za: George i in., 2014) pokazują, że doświadczenie choroby może wpłynąć pozytywnie na satysfakcję seksualną poprzez wzmocnienie bliskiego związku. Na przykład zdrowy partner może czerpać

zadowolenie, poczucie bycia potrzebnym lub poczucie ważności ze swojej nowej roli w relacji – osoby wspierającej i opiekującej się. Ponadto para w obliczu choroby może dokonać zmian w hierarchii wartości, ustawiając intymny związek i życie seksualne na wyższej pozycji. Ważę jakości bliskiego związku osób chorych dla ich jakości życia seksualnego podkreślają również Lew-Starowicz i Rola (2012). Dla badanych przez nich kobiet, chorujących na stwardnienie rozsiane, zachowanie dobrych relacji w związku było czynnikiem pozwalającym na utrzymanie poprawnych funkcji seksualnych niezależnie od stopnia uszkodzenia układu nerwowego.

6.3. Dysfunkcje seksualne

Dysfunkcja seksualna to zaburzenie funkcji seksualnych, zdolności odczuwania przeżyć seksualnych lub siły motywacji seksualnej (Imieliński, 1990). Można ją zdiagnozować, jeżeli fazy reakcji seksualnej, a więc pożądanie, pobudzenie czy orgazm, nie przebiegają w należyty sposób (Seligman, Walker, Rosenhan, 2003).



Rysunek 6. Linearny model cyklu reakcji seksualnej a dysfunkcje seksualne. Źródło: opracowanie własne na podstawie Metz, Epstein, McCarthy, 2017.

Według badań Izdebskiego (2012) ok. 30% mężczyzn i 25% kobiet deklarowało doświadczenie problemów w funkcjonowaniu seksualnym w ciągu roku poprzedzającego udział w badaniu.

Dysfunkcje seksualne można podzielić na dwie kategorie – warunkowane psychogenie lub organicznie, jednakże ich etiopatogeneza często jest mieszana (Bancroft, 2011). Do dysfunkcji seksualnych natury psychogennej, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia, zalicza się:

- brak lub utratę potrzeb seksualnych – brak pragnień seksualnych, który nie wyklucza pobudzenia seksualnego czy doświadczenia satysfakcji seksualnej, lecz czyni zainicjowanie aktywności seksualnej mało prawdopodobne;
- awersję seksualną – unikanie aktywności seksualnej związane z czuciem silnego lęku lub wstrętu;
- brak przyjemności seksualnej – reakcja seksualna przebiega prawidłowo, orgazm jest obecny, lecz osoba nie odczuwa przyjemności;
- brak reakcji genitalnej – w przypadku mężczyzn jest to zaburzenie erekcji, a w przypadku kobiet zwykle suchość i brak przekrwienia narządów płciowych;
- zaburzenia orgazmu – orgazm albo nie występuje, albo jest znacząco opóźniony;
- wytrysk przedwczesny – niemożność powstrzymania ejakulacji przed wspólnym doświadczeniem przyjemności przez oboje partnerów;
- pochwicę – skurcz mięśni okalających pochwę, uniemożliwiający penetrację;
- dyspareunię – ból w czasie stosunku;
- nadmierny popęd seksualny – brak jasnych kryteriów rozpoznania;
- inne dysfunkcje seksualne i inne niespecyficzne dysfunkcje seksualne (Wciórka, 2000).

Aby rozpoznać którąś z powyższych jednostek chorobowych, spełnione muszą być cztery główne kryteria:

- G1. Osoba nie jest zdolna do uczestniczenia w związkach seksualnych odpowiednio do swoich pragnień.
- G2. Dysfunkcja występuje często, lecz w pewnych sytuacjach może się nie ujawnić.
- G3. Dysfunkcja występowała przez co najmniej sześć miesięcy.
- G4. Dysfunkcji zupełnie nie można przypisać innym zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania wg ICD-10 ani schorzeniom somatycznym (jak zaburzenia endokrynologiczne) czy farmakoterapii.

Najnowsza klasyfikacja ICD-11, która aktualnie jest w Polsce wciąż na etapie implementacji, do dysfunkcji seksualnych zalicza:

- dysfunkcje pożądania seksualnego (hipoaktywne zaburzenia popędu seksualnego),
- dysfunkcje pobudzenia (dysfunkcje pobudzenia seksualnego kobiet i zaburzenie erekcji),
- dysfunkcje orgazmu (anorgazmia),
- dysfunkcje ejakulacji (wytrysk opóźniony i przedwczesny),
- zaburzenia związane z bólem podczas aktywności seksualnej,
- inne specyficzne i niespecyficzne dysfunkcje seksualne.

W celu rozpoznania dysfunkcji seksualnej należy ustalić:

- występowanie utrwalonych lub nawracających trudności, które dotyczą określonej fazy reakcji seksualnej (np. pożądania, podniecenia, orgazmu);
- czas trwania i nasilenie problemu – zaburzenie powinno być obecne przez co najmniej kilka miesięcy (w praktyce przyjmuje się zwykle okres około 3–6 miesięcy, chyba że występuje wyjątkowo silny dyskomfort w krótszym okresie). Trudności te muszą powodować klinicznie istotne cierpienie lub wyraźne problemy w funkcjonowaniu interpersonalnym, społecznym czy indywidualnym;
- wykluczenie innych przyczyn – objawów nie można lepiej wyjaśnić innym zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem fizycznym (somatycznym) lub skutkami przyjmowania substancji/leków. Należy także uwzględnić konteksty partnerski, kulturowy, religijny i ewentualny brak wystarczającej stymulacji, by nie rozpoznawać dysfunkcji seksualnej jedynie na podstawie sporadycznie występujących trudności czy różnic w preferencjach;
- znaczące obniżenie satysfakcji seksualnej oraz/lub dyskomfort psychiczny – istotny jest subiektywny wymiar zaburzenia: sama obecność nietypowych wzorców reakcji seksualnej bez dyskomfortu i cierpienia nie stanowi podstawy rozpoznania;
- uwzględnienie wieku, kontekstu życiowego i czynników kulturowych – ICD-11 zaleca, by przy ocenie zaburzenia uwzględniać fazę życia danej osoby (np. zmiany hormonalne w okresie menopauzy/andropauzy), stan zdrowia, przekonania kulturowe i religijne oraz ewentualne zmiany w relacji partnerskiej (za: Gałęcki, Szulc, 2018).

Badania prowadzone w obszarze relacji pomiędzy poziomem satysfakcji seksualnej a obecnością dysfunkcji seksualnych dostarczają niejednoznacznych wyników. W potocznym rozumieniu zdrowia seksualnego jest ono utożsamiane z brakiem zaburzeń seksualnych. Osoby deklarujące niskie zadowolenie z życia seksualnego częściej mówią o występowaniu

w tej sferze problemów takich jak niskie libido, problemy z pobudzeniem czy orgazmem (m.in. Bancroft, 2011; Baumeister i in., 2003; Leiblum, Rosen, 2005; Narvaez i in. 2006). Nawet chwilowe niedyspozycje seksualne, a tym bardziej utrzymujące się w czasie niezadowolenie, mogą być przyczyną frustracji, stresu, lęku, depresji. Mogą także negatywnie wpływać na związki i inne obszary życia (Arrington i in., 2004). Z drugiej strony zadowolenie ze sprawności fizjologicznego funkcjonowania w czasie aktywności seksualnej nie zawsze jest tożsame z satysfakcją seksualną (Byers, Rehman, 2014). W badaniach Ferenidou (2008) 80% kobiet deklaroowało zadowolenie z aktywności seksualnej, chociaż 70% z nich przyznało się do przynajmniej jednego problemu seksuologicznego. Z drugiej strony połowa kobiet zadowolonych z seksualnego funkcjonowania w zakresie fizjologii reakcji seksualnej, nie przeżywała satysfakcji seksualnej. Zadowolenie z życia seksualnego może więc nie być przeciwległym biegunem do zaburzeń, lecz stanowić osobny wymiar. W badaniach Stephenson i Metson (2010) w grupie klinicznej orgazm nie wiązał się z satysfakcją seksualną. Warunkowało ją ogólne pobudzenie i lubrykacja pochwy, lecz korelacja zadowolenia z życia seksualnego z orgazmem, często pojmowanym jako wyznacznik satysfakcji seksualnej, była nieistotna statystycznie. Potwierdza to hipotezę, że satysfakcja seksualna jest wysoce spersonalizowaną oceną i trudno ją mierzyć za pomocą arbitralnie wyznaczonych wskaźników. Basson (2000) podkreśla, że w przypadku kobiet skupienie się wyłącznie na odpowiedzi płynącej z genitaliów, jako tradycyjnym wskaźniku podniecenia i satysfakcji seksualnej, prowadzi do zignorowania podstawowych komponentów zadowolenia z życia seksualnego kobiet: doświadczenia intymności, zaufania, przyjemności.

Należy w tym miejscu podkreślić jednak różnice płciowe. Badania Kedde'a i Berla (2006), prowadzone wśród osób doświadczonych uszkodzeniem rdzenia kręgowego i wynikającym z tego paraliżem, dowiodły, że w grupie kobiet niepełnosprawność i związany z nią szereg zaburzeń seksuologicznych nie miały wpływu na odczuwaną satysfakcję seksualną. W grupie mężczyzn natomiast doświadczenie niepełnosprawności i wynikających z niej dysfunkcji w sposób bardzo istotny wpływało na poziom zadowolenia z seksu.

6.4. System rodzinny, wychowanie i edukacja seksualna

Seksualność człowieka najintensywniej kształtowana jest przez wpływ rodziny do 11.–12. roku życia; i choć wraz z wiekiem oddziaływanie grupy rówieśniczej, mentorów i mediów jest coraz silniejsze, to rodzina nadal jest w tej sferze ważnym modelem. Teoria Kernberga (1998, za: Beisert, 2006, 2023) akcentuje wagę relacji z obiektem dla rozwoju

psychoseksualnego człowieka. Już od narodzin matka tworzy poprzez swoją fizyczną i psychiczną bliskość podstawy seksualności dziecka. W późniejszym etapie życia istotna zaczyna być rola ojca. Wiąż pomiędzy rodzicami jest wzorcem dla przyszłych związków ich dzieci, a sami rodzice tworzą przekaz dotyczący kobiecej i męskiej seksualności. To, jak przedstawiają swojemu dziecku role płciowe i seksualne, kształtuje jego postawy wobec płci, seksualności i dojrzałego współżycia.

Szukając definicji kobiecości i męskości, dzieci mogą spotkać się z różnymi rodzajami przekazu ze strony rodziców (Beisert, 1991). Wzorce kobiecości są następujące:

- Kobiecość polega na właściwym zachowaniu – akcent położony jest tu na przestrzeganiu ról płciowych i uczenie się różnic między kobietami i mężczyznami.
- Kobiecość manifestuje się poprzez delikatność i kruchość – kobieta ze względu na swoją fizjologię i fizjonomię powinna być otoczona opieką i posiadać uprzywilejowaną pozycję w rodzinie;
- Kobiecość jest faktem – przynależność do danej płci nie jest ani obciążeniem, ani przywilejem i nie wymaga żadnego ustosunkowania emocjonalnego.
- Kobiecość jest powodem do radości – bycie kobietą to wartość i powód do dumy. Podkreśla się tu różnice międzypłciowe i fakt, że płeć jest kategorią zasadniczo dzielącą ludzi.
- Kobiecość to „ciężka dola” – płeć żeńska to niesprawiedliwość losu. Kobieta musi cierpliwie znosić przez całe życie ból i upokorzenia.

Wzorce męskości zaś są następujące:

- Istotą męskości jest samodzielność – podstawą jest umiejętność pokonywania trudności, niezależność, odporność na stres, skuteczność działania, chłód emocjonalny.
- Męskość jest powodem do dumy – męskość jest radością i jako taka powinna być manifestowana. Los mężczyzny jest łatwiejszy od kobiecego i należy się z tego cieszyć, a męską pozycję uznać za uprzywilejowaną.
- Męskość polega na odpowiednim zachowaniu – mężczyzna musi realizować zachowania przypisane mu przez rodzajową rolę i z takiego wachlarza możliwości może korzystać, aby okazać w pełni swoją męskość.
- Męskość to nieposkromiona energia – mężczyzna jest żywiołowy, spontaniczny i ulega wpływom chwili. Rolą rodziców jest wytłumaczenie mu tej popędowości i nauczanie go opanowywania potrzeb seksualnych.

- Męskość jest trudnym sposobem na życie – wzorzec ten ukazuje dziecku, że życie mężczyzny jest trudne, a droga do spełnienia usłana przeciwnościami stawianymi mu przez społeczeństwo.

Według Ślósarza (2002) wzorce wychowania wpływają na postawy i oczekiwania wobec drugiej płci. Kobiecość, oznaczająca delikatność i kruchość, niesie ze sobą oczekiwanie opieki i troski od partnera, a także wyręczanie z obowiązków i wyrozumiałość wobec złego samopoczucia. Model, w którym kobiecość jest wartością samą w sobie, wpływa na oczekiwanie od partnera uznania kobiecości partnerki za najważniejszy element w relacji. Kobiety wychowane w przekonaniu, że kobiecość to „ciężki los”, traktują mężczyzn jako wykorzystujących je seksualnie i emocjonalnie. Mężczyzna wychowany w duchu dumy z męskości uczy się, że nie dotyczą go żadne obowiązki. Jego partnerka jest obciążona prokreacją, on zaś może prowadzić lekkie i przyjemne życie, jako że należy do lepszej części społeczeństwa. Męskość jako nieokiełznany żywioł łączy się z kolei przyjemnością i pobłażliwością wobec mężczyzny realizującego swój popęd, nawet jeżeli przekracza on normy społeczne. Według badacza dla prowadzenia satysfakcjonującego życia seksualnego w związkach heteroseksualnych może być istotne, po pierwsze, posiadanie wzorca własnej płci niekojarzącego jej z bólem, ciężarem czy też możliwością dominowania nad płcią przeciwną, a po drugie – pewna kompatybilność wzorców i oczekiwań wobec płci przeciwnej i dobranie się pod tym względem partnerów.

W okresie dzieciństwa szczególnie ważną rolę dla przyszłej satysfakcji seksualnej odgrywają reakcje rodziców na zachowania związane z rozwijającą się seksualnością dziecka. W literaturze przedmiotu zachowania te dzieli się na masturbacyjne, interakcyjne, orientacyjne i twórcze (Beisert, 1991, 2022). Przyzwolenie na odkrywanie przez dziecko własnej seksualności i przyjemności z niej wynikającej może pozytywnie wpłynąć na jego dalszy rozwój i zdrowie seksualne. Atmosfera panująca w domu rodzinnym wokół tematów związanych z seksualnością koreluje z późniejszą oceną życia seksualnego. Rodziny, w których temat ten jest naturalnie podejmowany, wychowują dzieci, które w przyszłości będą bardziej zadowolone ze swojego życia seksualnego (Haavio-Mannila, Kontula, 1997). Posiadanie rzetelnej wiedzy związanej z seksualnością jest istotne dla przyszłego funkcjonowania w tym wymiarze życia. Badania wskazują, że dzieci pochodzące z pełnych rodzin rozpoczynają współżycie później niż te wychowujące się z jednym rodzicem. Zależność ta ma miejsce również w przypadku posiadania rodziców z wyższym wykształceniem. Z drugiej strony samotni rodzice dostarczają dzieciom więcej informacji

dotyczących seksu, są bardziej permissywni w tych kwestiach, a ich potomstwo częściej stosuje antykoncepcję (Bancroft, 2011).

Grabowska (2007) badała wpływ stylu wychowania seksualnego na tendencję do posługiwania się stereotypami płci. Autorka wyróżniła trzy style wychowania (zob. tabela 2).

Tabela 2
Style wychowania seksualnego

Styl wychowania oparty na otwartości interakcji	– rodzice nie cenzurują informacji, – oboje uczestniczą w wychowaniu, – rodzice są głównym źródłem informacji dziecka na temat płci, – temat seksualności podejmowany jest bez zawstydzenia.
Styl wychowania oparty na otwartości interakcji w ramach jednej płci	– wykluczenie rodzica płci przeciwnej w stosunku do płci dziecka z czynnego uczestnictwa w wychowaniu seksualnym, – podział tematów na kobiece i męskie, – rozmowy dotyczące seksualności i czynności higieniczne podejmowane są tylko z rodzicem tej samej płci.
Styl wychowania oparty na braku otwartości interakcji	– brak jasnych, jednoznacznych przekazów na temat seksualności ze strony rodziców, który może wynikać z ich braku wiedzy, zawstydzenia, skrępowania, bagatelizacji istotności tej tematyki, traktowania jej jako tabu, rygorystyki religijnej, – rodzice nie są głównym źródłem wiedzy o seksualności i płci, – czasami temat ten nie jest w ogóle podejmowany.

Źródło: Grabowska, 2007.

Badania Grabowskiej pokazują, że w wyniku wychowania seksualnego opartego na otwartości pojawia się rzadsza tendencja do posługiwania się stereotypami płci, niż ma to miejsce w przypadku wychowania opartego na braku otwartości. Wynika to z faktu, że dzieci otrzymują odpowiednią liczbę informacji dotyczących różnic pomiędzy mężczyznami i kobietami, ich płciowości i seksualność. Posiadanie wiedzy dotyczącej seksualności i niezawieranie krzywdzącym częstokroć stereotypom jest zaś warunkiem prowadzenia satysfakcjonującego życia seksualnego (Lew-Starowicz, 2006).

W kontekście rodziny pochodzenia bardzo ważny jest również styl przywiązania. Osoby prezentujące bezpieczny styl przywiązania są bardziej otwarte na dotyk i czerpią z niego więcej przyjemności niż te prezentujące styl lękowo-ambiwalentny czy unikający. Osoby o pozabezpiecznych stylach przywiązania deklarują niższy poziom zadowolenia z życia seksualnego (Byers, Rehman, 2014).

Edukacja seksualna odgrywa kluczową rolę w rozwoju zdrowych postaw wobec seksualności. Współczesne badania pokazują, że nie tylko wpływa na profilaktykę zdrowotną, lecz także na poziom satysfakcji seksualnej jednostek w dorosłości. Zgromadzone dane jednoznacznie wskazują, że edukacja seksualna podnosi poziom świadomości ciała, ułatwia

nawiązywanie relacji opartych na komunikacji i wzajemnym szacunku, zwiększa szanse na satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne. Dlatego eksperci rekomendują wdrażanie kompleksowych programów edukacyjnych w szkołach, obejmujących zarówno wiedzę biologiczną, jak i psychoseksualną, emocjonalną oraz społeczną (Set, Gürbüz, 2025; UNESCO, 2018). Przyjemność seksualna jest istotnym elementem zdrowia seksualnego, dlatego jej uwzględnienie w programach edukacji seksualnej jest niezbędne, aby w pełni odpowiadać na potrzeby, aspiracje i realia ludzi na różnych etapach życia. Opracowanie wytycznych do edukacji seksualnej, które są kulturowo adekwatne, inkluzywne i traktujące przyjemność jako integralną część zdrowia seksualnego, może skutecznie wspierać kształtowanie młodzieży świadomej swojej seksualności i gotowej do podejmowania odpowiedzialnych decyzji dotyczących życia intymnego. Przekazy dotyczące przyjemności seksualnej na różnych etapach rozwoju seksualnego mogą pozytywnie wpływać na relacje intymne, przeciwdziałać poczuciu wstydu i winy związanym z seksualnością – obecnym w wielu kulturach – oraz wspierać seksualne upodmiotowienie i prawa seksualne dostępne dla wszystkich (Mark, Corona-Vargas, Cruz, 2021).

Według Cedeño Freire i Flores Bonilla (2025) kompleksowa edukacja seksualna znacząco wpływa na percepcję orgazmu i intensywność doznań seksualnych u kobiet. Badanie wykazało, że eliminacja stygmatyzujących przekonań oraz nauka otwartej komunikacji seksualnej zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Dodatkowo dostęp do edukacji seksualnej wpływa korzystnie na rozwój pozytywnej tożsamości seksualnej i redukcję lęku przed intymnością. Niektóre badania wskazują także na pośredni wpływ edukacji seksualnej na relacyjność i zdrowie psychiczne. Wczesne nabycie wiedzy o funkcjonowaniu ciała i emocjach przekłada się na umiejętność tworzenia trwałych, empatycznych relacji. Edukacja ta wspiera również zdolność do rozpoznawania i komunikowania granic, co zmniejsza ryzyko występowania dysfunkcji seksualnych (Set, Gürbüz, 2025).

W badaniu przeprowadzonym w Ekwadorze (Freire, Bonilla, 2025), kobiety deklarujące wcześniejszy kontakt z edukacją seksualną znacząco częściej oceniały swoje życie seksualne jako satysfakcjonujące. Uczestniczki podkreślały również większy poziom komfortu w rozmowach z partnerem na temat potrzeb i preferencji.

Set i Gürbüz (2025) przeprowadzili badanie na grupie 250 kobiet w wieku 18–35 lat, analizując zależność między poziomem edukacji, osobowością a satysfakcją seksualną. Wyniki wykazały, że osoby z wyższym wykształceniem, a zwłaszcza te z dostępem do rzetelnej edukacji seksualnej, miały wyższy poziom samoakceptacji, lepsze umiejętności interpersonalne

i znacznie częściej raportowały wysoki poziom zadowolenia z życia intymnego. Co istotne, edukacja seksualna korelowała z niższym poziomem objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego (PMS), co pośrednio wpływało na jakość życia seksualnego.

6.5. Samoocena

Współcześnie obowiązujący w seksuologii model reakcji seksualnej kobiet autorstwa Rosemary Basson (2005) zakłada, że wysoka samoocena jest jednym z istotnych psychologicznych warunków uzyskiwania satysfakcji seksualnej, a chęć utrzymania bądź podnoszenia poziomu samooceny i poczucia atrakcyjności częstym poza seksualnym motywem angażowania się w aktywność seksualną. Wielu innych badaczy wskazuje na związek poziomu samooceny z jakością życia seksualnego zarówno kobiet, jak i mężczyzn (Sanchez-Fuentes i in., 2013). Również badania własne wskazały na silną, istotą statystycznie korelację pomiędzy zadowoleniem z życia seksualnego a samooceną. Związek ten był pozytywny – im wyższa samoocena tym wyższe zadowolenie z życia seksualnego, i odwrotnie – im niższa samoocena, tym niższe zadowolenie z życia seksualnego osób badanych (Dolińska-Zygmunt, Nomejko, 2012). Wyniki badań dowodzą, że zaburzenia w sferze seksualnej – szczególnie anorgazmia i zaburzenia wzwodu – pozostają w związku z niską samooceną, a wysoka samoocena współwystępuje z wyższą satysfakcją z życia seksualnego i brakiem zahamowań w tym obszarze (Bancroft, 2011; Baumeister i in., 2003; Leiblum, Rosen, 2005; Narvaez i in., 2006). Wyższa samoocena jest również powiązana z mniejszą liczbą dystrakcyjnych myśli w czasie aktywności seksualnej, co prowadzi do wyższej satysfakcji seksualnej (Pujols, 2010). Myśli rozpraszające podniecenie seksualne, dotyczące np. potencjalnej oceny dokonywanej przez partnera seksualnego czy niezadowolenia z własnego ciała, związane są z lękiem, który poprzez aktywizację współczulnego układu nerwowego skutecznie hamuje drogę do dalszego wzrostu podniecenia i uniemożliwia osiągnięcie jego szczytowego punktu w postaci orgazmu. Utrwalenie się takiego cyklu reakcji seksualnej może prowadzić do zaburzeń seksualnych, np. zaburzeń erekcji, które pierwotnie pojawiają w wyniku działania rozpraszających myśli, a później są wynikiem narastającego lęku przed niepowodzeniem w sytuacji seksualnej (Oettingen, 2013). Z drugiej strony osoby o samoocenie wysokiej deklarują wprawdzie prowadzenie bardziej satysfakcjonującego życia seksualnego niż osoby o samoocenie niskiej (Narvaez i in., 2006), ale za to mniej bezpiecznego, gdyż częściej uprawiają seks z przypadkowymi partnerami, bez ochrony przed chorobami i infekcjami przenoszonymi drogą płciową i nieplanowaną ciążą czy też pod wpływem środków odurzających (Baumeister i in., 2003). Często też motywacją angażowania się

w ryzykowne zachowania seksualne jest zaprezentowanie innym swojej odwagi i otwartości seksualnej, a tym samym podniesienie czy utrzymanie wysokiego poziomu samooceny (Lew-Starowicz, 2003). Osoby o niskiej samoocenie uważają się za mniej atrakcyjne i popularne, co znacząco utrudnia im nawiązywanie nowych kontaktów. Częściej doznają nieodwzajemnionych miłości i oczekują porzucenia (Baumeister i in., 2003), co może utrudnić im poznanie potencjalnego partnera seksualnego. Niemożność utworzenia związku i utrzymania intymnych relacji może również obniżyć popęd seksualny. W związku problemy z poczuciem wartości jednego z partnerów prowadzą do zmniejszenia poziomu pożądania u drugiego (Leiblum, Rosen, 2005).

Poczucie atrakcyjności fizycznej jako jeden z elementów samooceny pozostaje w silnej zależności z satysfakcją z życia seksualnego (Bancroft, 2011). Z badań Meltzer i McNulty (2010) wynika, że z atrakcyjnością seksualną silnie koreluje samoocena ciała, wagi i kondycji fizycznej. Wójcik (2021) wykazała w swoich badaniach zależność pomiędzy satysfakcją seksualną a obrazem ciała zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn – im wyżej kobiety oceniały części swojego ciała, które nie mogą być zmienione przez ćwiczenia, dobrze zbilansowaną dietę lub kosmetyki, tym wyższy poziom satysfakcji seksualnej odczuwały. W przeciwieństwie do tego badanie wykazało słabą korelację między satysfakcją seksualną a podskalami dotyczącymi troski o masę ciała i kondycji fizycznej. U mężczyzn zauważono umiarkowaną korelację między satysfakcją seksualną a wszystkimi podskalami *Skali oceny ciała* (atrakcyjnością fizyczną, siłą ciała, kondycją fizyczną). Badania prowadzone w amerykańskich uczelniach wskazały, że istotnym predyktorem satysfakcji seksualnej młodych mężczyzn jest samoocena ich umięśnienia (Daniel, Bridges, 2012). Badania Pujols i współpracowników (2010) dowiodły z kolei związku pomiędzy pozytywnym obrazem własnego ciała i poczuciem atrakcyjności fizycznej a poziomem satysfakcji seksualnej kobiet. Wnioski te potwierdzają również badania przeprowadzone przez Byers i Rehman (2014), które wykazały, że niezadowolenie z atrakcyjności fizycznej negatywnie wiąże się z oceną życia seksualnego kobiet, ekspresją seksualną, asertywnością w kwestiach seksu, a pozytywnie – z poziomem lęku w zakresie seksu i problemami seksualnymi. Badania Gossman i in. (2003) wskazały, że osoby pewne swojej atrakcyjności częściej inicjują aktywność seksualną i są nią bardziej usatysfakcjonowane. Samoocena w zakresie atrakcyjności seksualnej kobiety wiąże się u jej partnera z częstością aktywności seksualnej i satysfakcją seksualną oraz zadowoleniem z małżeństwa (Meltzer, McNulty, 2010). Z innych badań wynika jednak, że sprawność fizyczna ma większe znaczenie dla poziomu satysfakcji seksualnej mężczyzn niż kobiet (Kedde, Berlo, 2006). Badanie nad potrzebami seksualnymi, zadowoleniem z życia

seksualnego i poczuciem jakości życia kobiet pełnosprawnych fizycznie i niepełnosprawnych w wyniku uszkodzenia rdzenia kręgowego pokazało, że nie zawsze niskie poczucie atrakcyjności fizycznej i seksualnej ma wpływ na satysfakcję z życia seksualnego. Pomimo takich samych potrzeb seksualnych w obu grupach badanych i zdecydowanie niższej samoocenie atrakcyjności seksualnej kobiet niepełnosprawnych 30% z nich było usatysfakcjonowanych prowadzonym życiem seksualnym (Moin, Duvdevany, Mazor, 2009).

6.6. Atrakcyjność partnera

Najczęściej podawanym powodem angażowania się w aktywność seksualną jest atrakcyjność partnera (Impett i in., 2014). Odgrywa ona znaczącą rolę przede wszystkim we wstępnej fazie bliskiego związku i jest częstą determinantą chęci jego kontynuowania (Wojciszke, 2005). Według badań z obszaru psychologii ewolucyjnej mężczyźni poszukują kobiet młodych i zdrowych, energicznych i ekspresyjnych, posiadających takie atrybuty jak błyszczące włosy, czysta cera, pełne usta, zdrowe zęby, zgrabna sylwetka, o prawidłowym tonusie ciała i sprężystości. Kobiety zwracają zaś uwagę na mężczyzn silnych i zasobnych oraz posiadających cechy predysponujące do zdobycia zasobów w przyszłości, a więc np. inteligentnych (Buss, 2007). Również badania empiryczne potwierdzają, że kobiety cenią w partnerach seksualnych zasoby intelektualne, edukację i stabilność finansową, a mężczyźni w swoich partnerkach atrakcyjność fizyczną (Impett i in., 2014). Dla mężczyzn jest ona zwykle koniecznym warunkiem zainicjowania aktywności seksualnej, dla kobiet zaś mile widzianym, lecz nie tak ważnym. Odwrotna zależność dotyczy edukacji i zasobów. Dla kobiet jest to warunek konieczny, dla mężczyzn zaś ważny, lecz niewymagany (Li, Bailey, Kendrick, Linsenmeier, 2002, za: Impett i in., 2014). Również odmienne cechy pożądane są u partnera w krótko- i długoterminowej bliskiej relacji. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wskazują na atrakcyjność fizyczną jako cechę pożądaną w przypadku poszukiwania partnera do okazjonalnego seksu. Wspólne cechy pożądane, zarówno przez kobiety, jak i przez mężczyzn, u partnera seksualnego, z którym pozostaje się w długoterminowej relacji, to wiarygodność, życzliwość, inteligencja, stabilność emocjonalna, odwzajemnianie zainteresowania i zakochanie (Impett i in., 2014).

Z badań Nęckiego (1990) wynika, że związek pomiędzy atrakcyjnością partnerki a satysfakcją seksualną jest silnie dodatni u mężczyzn. W przypadku kobiet postrzeganie partnera jako nieatrakcyjnego wiąże się z niską satysfakcją seksualną. Wysoka ocena partnera nie pozostaje jednak w związku z wysokim zadowoleniem z seksu. Dla pozytywnej oceny życia seksualnego kobiet ważne jest przekonanie o tym, jak są postrzegane przez partnera (Davis i in., 2006). Ze względu na wygórowane standardy atrakcyjności ciała wiele kobiet

(przede wszystkim w okresie średniej i późnej dorosłości) doświadcza w związku ze swoją cielesnością wstydu i lęku przed oceną ze strony partnera seksualnego. Ma to silnie negatywny wpływ na ich angażowanie się w aktywność seksualną i czerpanie z niej satysfakcji (Kiefer, 2007; za: Schwartz, Diefendorf, McGlynn-Wright, 2014).

Atrakcyjność partnerów seksualnych wiąże się z pojęciem preferencji seksualnych, które określa upodobania i charakterystykę osób wywołujących podniecenie. Preferencje ustalają się w okresie nastoletnim lub we wczesnej dorosłości i zwykle od tego okresu się nie zmieniają. Podniecenie seksualne i osiągnięcie satysfakcji są możliwe wtedy, gdy osoba odpowiada określonym preferencjom seksualnym (Kossat, 2019).

6.7. Jakość i charakterystyka bliskiego związku

Kategoria bliskiego związku pozostaje w ścisłej zależności z poczuciem jakości życia seksualnego, zdrowiem seksualnym i satysfakcją seksualną (Lew-Starowicz, 2010; McCarthy, 2015). Zadowolenie z bliskiej relacji jest również czynnikiem pozostającym w najsilniejszej zależności z satysfakcją seksualną Polaków badaną przez Izdebskiego (2012). Wagę więzi między partnerami i satysfakcji ze związku dla zadowolenia z życia seksualnego podkreślali również Rausch i Rettenberg (2022), Kuczyńska (1992b), Kuczyńska i Kaczmarek (2001), Nęcki (1990), Gossmann i in. (2003) oraz Meltzer i McNulty, (2010). Satysfakcja seksualna jest często ważnym czynnikiem wpływającym na decyzję o kontynuacji związku (Greenblat, 1983; za: Daniel, Bridges, 2012). Doświadczenie intymności i budowanie zadowolenia z bliskiego związku mogą być również powodami, dla których partnerzy angażują się w aktywność seksualną. Poprawa relacji jest wtedy zyskiem z życia seksualnego i motywacją do dalszego podejmowania działań o charakterze seksualnym (Lawrance, Byers, 1995).

Część badaczy wykazała, że procesy zachodzące w bliskim związku mogą być istotniejsze dla poziomu satysfakcji seksualnej niż indywidualna charakterystyka każdego z partnerów (Byers, Rahman, 2014). McCarthy i Wald (2012) uznali, że satysfakcja seksualna ma miejsce w tych relacjach, w których pomiędzy partnerami występuje emocjonalna intymność. Pozwala ona na bezpieczne przywiązanie oraz swobodę w inicjowaniu aktywności seksualnej. Lękowy i unikający styl przywiązania pozostaje w związku z niższą satysfakcją seksualną (Mark, Vowels, Murray, 2018). Według badań Sanchez-Fuentes i współpracowników (2013) wyższą satysfakcję seksualną osiągają osoby, których związki charakteryzuje poczucie dobrego dopasowania, intymność, wysoka jakość komunikacji i wzajemne wsparcie. Badacze wykazali, że partnerzy deklarujący wyższy poziom zadowolenia z relacji seksualnej są do

siebie osobowościowo bardziej podobni niż pary nieusatisfakcjonowane. Dobór pod względem osobowości może być jednak istotniejszy dla kobiet. Farley i Davis (1980) udowodnili, że kobiety oceniające osobowość swoją i partnera jako bardziej podobną na skalach ekstrawersji–introwersji i neurotyzmu, deklarują wyższe zadowolenie z życia seksualnego. W tych samych parach zależność pomiędzy oceną podobieństwa osobowości a poziomem satysfakcji seksualnej nie dotyczyła mężczyzn. Zadowolenie z życia seksualnego jest dla obu płci, choć szczególnie w przypadku kobiet, silnie skorelowane z zadowoleniem z intymnej relacji (Rosen, Bachmann, 2008; DeLamater, 2009; Byers, Rehman, 2014). Akceptacja partnera, żywione do niego uczucia i postawa wobec jego problemów mają bezpośredni wpływ na reaktywność seksualną kobiet (Nowosielski, 2010). W parze heteroseksualnej to najczęściej kobieta decyduje o częstotliwości kontaktów seksualnych, a ta jest większa w sytuacji, gdy partnerka jest usatisfakcjonowana całokształtem relacji z partnerem. Wyniki badań przeprowadzonych przez Instytut Kinseya (za: Bancroft, 2011) wskazują, że na zadowolenie z życia seksualnego kobiet w znacznym stopniu wpływa również świadomość satysfakcji seksualnej partnera i bycia pożądaną.

W literaturze przedmiotu akcentuje się silny związek satysfakcji seksualnej z zachowaniami dotyczącymi komunikacji w bliskiej relacji: wsparciem emocjonalnym, szacunkiem, okazywaniem aprobaty i akceptacji partnerowi (Nęcki, 1990; Nowosielski, 2010; Byers, Rehman, 2014). Umiejętności związane z formułowaniem jasnych komunikatów i uważnym ich słuchaniem oraz uznaniem emocji partnera również pozostają w ścisłym związku z satysfakcją seksualną (Birnie-Porter, Hunt, 2015). Pary, które charakteryzuje umiejętność rozmawiania ze sobą o seksie, prowadzą bardziej satysfakcjonujące życie seksualne, gdyż potrafią nie tylko inicjować współżycie seksualne i mówić o swoich potrzebach, lecz także odmawiać aktywności seksualnej czy czynności, których nie chcą lub nie akceptują (Haavio-Mannila, Kontula, 1997; Byers, Rehman, 2014; Sanchez-Fuentes i in. 2013). Badania Byers (2005; za: DeLamater, 2009) wykazały, że zmiany w jakości komunikacji w bliskim związku są czynnikiem wyjaśniającym zmiany w satysfakcji seksualnej par będących w długoterminowych relacjach.

Wielu innych badaczy wskazuje na rozmowy o potrzebach seksualnych, oczekiwaniach czy obawach związanych z seksem jako niezwykle istotne w kontekście uzyskiwania lub nie zadowolenia z życia seksualnego (Izdebski, 2012; Hess, Coffelt, 2012; Sanchez-Fuentes i in., 2013). Błędnie odczytywane seksualne komunikaty, np. traktowanie niechęci partnera do podjęcia aktywności seksualnej jako całkowitego odrzucenia albo pożądania jako objawu miłości, mogą doprowadzić do poważnych w skutkach nadinterpretacji (Byers, Rahman, 2014).

Mallory (2022) przeprowadził metaanalizę, która objęła 93 badania dotyczące zależności pomiędzy komunikacją w bliskim związku a zadowoleniem z życia seksualnego. Wielopoziomowa analiza statystyczna wykazała dodatnią zależność między komunikacją seksualną a satysfakcją z relacji ($r = 0,37$) oraz satysfakcją seksualną ($r = 0,43$). W przypadku obu typów satysfakcji największy efekt miała jakość komunikacji seksualnej ($r = 0,43$ dla satysfakcji z relacji; $r = 0,52$ dla satysfakcji seksualnej), przewyższając zarówno częstość tej komunikacji ($r = 0,31$; $0,31$), jak i samo ujawnianie się seksualne ($r = 0,28$; $0,39$). Po uwzględnieniu wieku i długości trwania związku okazało się, że próby obejmujące wyłącznie osoby w małżeństwach ($r = 0,49$) miały silniejszy efekt niż próby z mieszanym statusem relacyjnym ($r = 0,35$). Wyższy poziom indywidualizmu ($b = 0,003$) wzmacniał, a wyższy poziom nierówności płci ($b = -0,06$) osłabiał związek między komunikacją seksualną a satysfakcją seksualną. Co ciekawe, przy niskim poziomie socjoseksualności (otwartości na kontakty seksualne poza stałym związkiem) komunikacja seksualna była silnie powiązana z satysfakcją z relacji u mężczyzn ($r = 0,69$), natomiast u kobiet – w znacznie mniejszym stopniu ($r = 0,16$).

Według badań Birnie-Poter i Hunt (2015) waga intymności w bliskim związku dla satysfakcji seksualnej zależna jest od statusu relacji. Nie jest tak istotna np. dla osób uprawiających niezobowiązujący seks czy pozostających w relacji typu *friends with benefits* (przyjaciele, których relacja ma również charakter seksualny). Rezultaty uzyskane przez Izdebskiego (2012) pokazują, że najwyższą satysfakcję seksualną deklarują osoby pozostające w konkubinacie krócej niż rok, następnie osoby pozostające w dłuższych niesformalizowanych relacjach, a najniższą osoby pozostające w związkach małżeńskich. Niestety badacz nie przedstawia interpretacji tego zjawiska, można jednak podjąć próbę wyjaśnienia tego wyniku na podstawie danych pochodzących z literatury przedmiotu. Część mężczyzn deklaruje, że wraz z pojawieniem się stabilności w związku, jaką być może dla niektórych osób jest zawarcie związku małżeńskiego, seks przestaje być dla nich ekscytujący (Impett i in., 2014). Wyniki badań dotyczących związku pomiędzy formalizacją relacji a poziomem satysfakcji seksualnej nie są jednak konkluzywne. Według Birnie-Poter i Hunt (2015) unikanie zaangażowania w relację jest silnym predyktorem niskiego poziomu satysfakcji seksualnej. Jak podkreślili Kuczyńska i Kaczmarek (2001), niewątpliwie pozostawanie w związku małżeńskim stanowi w badaniach dotyczących relacji zmienną zakłócającą i należy ją kontrolować. Uwzględnienie w badaniach różnych form związków jest również ważne ze względu na rosnący odsetek osób niedecydujących się na formalizację relacji. Niemal co trzecia osoba nie pozostaje w stałym związku, a co piąta osoba związana

jest konkubinatem (Izdebski, 2012). Od 2012 r. bilans małżeństw zawieranych w stosunku do małżeństw rozwiązywanych jest ujemny. Znacząco też opóźnia się wiek zawarcia pierwszego małżeństwa (Główny Urząd Statystyczny, 2014), przy jednoczesnym obniżaniu się wieku, w którym Polacy rozpoczynają życie seksualne (Izdebski, 2012).

Według badań Birnie-Poter i Hunt (2015) status związku różnicuje poziom satysfakcji seksualnej partnerów. W badanej przez nich grupie osoby zaręczone były istotnie bardziej zadowolone ze swojego życia seksualnego niż małżeństwa, single uprawiające niezobowiązujący seks czy *friends with benefits*. Prawdopodobnie wynika to z faktu, iż zadowolenie ze związku jest ważne dla zadowolenia z życia seksualnego, a większość ludzi zaręcza się, będąc w najbardziej satysfakcjonującym momencie ich bliskiej relacji. Jednocześnie jest to etap jeszcze przed doświadczeniem wyzwań związanych z małżeństwem i założeniem rodziny, które wystawiają bliską relację na próbę. W oparciu o rezultaty autorskich badań (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2019) można stwierdzić, że średni wynik satysfakcji seksualnej mężatek jest niższy niż kobiet pozostających w bliskich związkach niesformalizowanych. Ponadto wśród kobiet będących w bliskich związkach nieformalnych istotnie statystycznie częściej dominował wysoki poziom satysfakcji seksualnej niż wśród kobiet zaangażowanych w związki formalne. Niski poziom zadowolenia z życia seksualnego występował natomiast istotnie statystycznie częściej u kobiet zamężnych niż u kobiet pozostających w związkach niesformalizowanych. W grupie mężczyzn zaobserwowano podobną zależność, przy czym miała ona jedynie charakter tendencji. Podobne rezultaty, lecz istotne statystycznie zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, uzyskali w swoich badaniach Izdebski (2012) i Plopa (2017). Najwyższy poziom satysfakcji seksualnej deklarowały osoby pozostające w konkubinatach krócej niż przez rok, następnie osoby pozostające w dłuższych niesformalizowanych relacjach, a najniższy małżonkowie. Uzyskane wyniki korespondują również z rezultatami Birnie-Poter i Hunt (2015), na podstawie których można założyć, że status bliskiego związku różnicuje poziom satysfakcji seksualnej partnerów. Zadowolenie ze związku jest natomiast jednym z najważniejszych czynników warunkujących wysoki poziom satysfakcji seksualnej (Byers, Rahman, 2014). Zależność ta dotyczy szczególnie kobiet (m.in. Rosen, Bachmann, 2008; DeLamater, 2009; Byers, Rehman, 2014), co może tłumaczyć różnice płciowe w wynikach autorskiego badania. W naszej kulturze małżeństwo jest zwykle w życiu kobiet okresem, w którym większość z nich stara się sprostać możliwie najlepiej licznym i trudnym do pogodzenia wyzwaniom. Według Zdrojewicza i Lelakowskiej (2006) zmęczenie i stres wynikający z przeciążenia wieloma rolami społecznymi wpływa na rozregulowanie układu endokrynnego, obniżając

zainteresowanie aktywnością seksualną i utrudniając uzyskanie podniecenia oraz satysfakcji z aktywności seksualnej.

Wyniki badań dotyczących wpływu stażu bliskiego związku na poziom zadowolenia z życia seksualnego również nie są jednoznaczne. Laumann (1994; za: Haavio-Mannila, Kontula, 1997) wskazuje na dłuższe monogamiczne relacje jako źródło większego zadowolenia z seksu niż krótsze relacje poligamiczne. Badaczka tłumaczy to możliwością poznania przez partnerów w dłuższym okresie wzajemnych potrzeb. Taki związek tworzy też możliwość zbudowania większej intymności, szczególnie istotnej dla satysfakcji seksualnej kobiet (Basson, 2005; Young i in., 2000). Również wyniki uzyskane przez Heiman (2011; za: Impett i in., 2014) wykazały, że osoby zaangażowane w pozytywne, zdrowe relacje partnerskie deklarują wyższy poziom satysfakcji seksualnej wraz z wydłużającym się stażem bliskiego związku. Zależność ta dotyczyła obu płci. W trakcie trwania bliskiego związku zmienia się postawa wobec istotności seksu, a także poziom satysfakcji seksualnej. W przypadku mężczyzn waga seksu jest podobna przez cały czas trwania relacji, lecz pojawia się gwałtowny spadek satysfakcji seksualnej w czasie przejścia z fazy związku bezdzietnego do posiadającego dzieci (Schenk i in., 1983; za: Nęcki, 1990). Rezultaty innych badań wskazują, że osoby w związkach ukonstytuowanych częściej przejawiają wiążące zachowania seksualne niż w związkach będących w początkowej fazie rozwoju, wyżej też oceniają zachowania seksualne partnerów (Kuczyńska, 1998). Może to wynikać z faktu, że wraz ze stażem bliskiego związku rośnie zwykle umiejętność spełniania seksualnych potrzeb partnera i określania własnych (Haavio-Manila, Kontula, 1997). Jednocześnie wraz ze stażem bliskiej relacji opada krzywa namiętności (Wojciszke, 2005) a także – zgodnie z prawem Zajonca – następuje habituacja do pozytywnych bodźców, w tym również do przyjemności płynącej z wybranych zachowań seksualnych (DeLamater, Karraker, 2009). Co prawda w długotrwałej relacji monogamicznej trudno utrzymać wysoki poziom pożądania (Schnarch, 2007), lecz jednocześnie mniejsza liczba partnerów seksualnych współwystępuje, według wyników badań, z wyższym poziomem satysfakcji seksualnej (Sanchez-Fuentes i in., 2013).

W badaniach przeprowadzonych przez autorki monografii (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2019) zmienne z kategorii jakości bliskiego związku (model teoretyczny zakładał pomiar jakości bliskiego związku poprzez wymiary dotyczące jakości komunikacji partnerskiej oraz ocenę atrakcyjności własnej i partnera/partnerki) pozostawały – zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn – w istotnym związku z satysfakcją seksualną. Rezultat ten koresponduje z licznymi danymi zawartymi w literaturze przedmiotu, wskazującymi na wagę jakości bliskiej relacji dla satysfakcji seksualnej kobiet i mężczyzn (m.in. Byers, Rehman, 2014; Gossman

i in., 2003; Meltzer, McNulty, 2010; Rosen, Bachmann, 2008). Wyłonione w autorskich badaniach predyktory satysfakcji seksualnej były jednak odmienne w zależności od płci i grupy wiekowej badanych osób. Ten efekt również jest spójny zarówno z teoriami rozwoju psychoseksualnego, jak i doniesieniami z badań empirycznych, które wskazują na odmienne determinanty zadowolenia z życia seksualnego w różnych etapach dorosłości (m.in. Hensel, Fortenberry, 2014; DeLamater, Karraker, 2009). Różnice w uwarunkowaniach satysfakcji seksualnej między kobietami i mężczyznami z kolei podkreślają w swoich pracach m.in. Birnie-Poter, Hunt (2015), Bancroft (2011) czy Zhang i in. (2012). Zestawienie zmiennych z kategorii bliskiego związku, które w autorskich badaniach okazały się determinować satysfakcję seksualną kobiet i mężczyzn w różnych okresach dorosłości, prezentuje tabela 3. Znakiem (-) oznaczono zmienne pozostające w ujemnej zależności z zadowoleniem z życia seksualnego.

Tabela 3

Jakość bliskiego związku – zestawienie predyktorów satysfakcji seksualnej kobiet i mężczyzn w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości

Okres dorosłości	Predyktory satysfakcji seksualnej kobiet	Predyktory satysfakcji seksualnej mężczyzn
Wczesna dorosłość (20–35 lat)	– globalna samoocena atrakcyjności psychofizycznej, – globalna ocena atrakcyjności psychofizycznej partnera, – samoocena jakości komunikacji w bliskim związku w zakresie deprecjacji (-), – globalna ocena jakości komunikacji partnera w bliskim związku.	– samoocena atrakcyjności psychofizycznej w wymiarze sprawności i witalności fizycznej, – ocena atrakcyjności psychofizycznej w wymiarze sprawności i witalności fizycznej partnerki, – globalna samoocena jakości komunikacji w bliskim związku.
Średnia dorosłość (36–50 lat)	– samoocena atrakcyjności psychofizycznej w wymiarze sprawności i witalności fizycznej, – samoocena atrakcyjności psychicznej, – ocena atrakcyjności psychofizycznej w zakresie sprawności i witalności fizycznej partnera, – globalna samoocena jakości komunikacji w bliskim związku, – ocena jakości komunikacji partnera w bliskim związku – zaangażowanie, – ocena jakości komunikacji partnera w bliskim związku – deprecjacja (-), – związek nieformalny.	– globalna samoocena atrakcyjności psychofizycznej, – ocena atrakcyjności psychicznej partnerki, – samoocena jakości komunikacji w bliskim związku – wsparcie, – globalna ocena jakości komunikacji partnerki w bliskim związku, – staż bliskiego związku.
Późna dorosłość (> 50 lat)	– samoocena atrakcyjności psychofizycznej w wymiarze sprawności i witalności fizycznej, – ocena atrakcyjności psychofizycznej w wymiarze sprawności i witalności fizycznej partnera, – samoocena jakości komunikacji w bliskim związku – zaangażowanie,	– samoocena atrakcyjności psychofizycznej w wymiarze sprawności i witalności fizycznej, – ocena atrakcyjności psychofizycznej w wymiarze sprawności i witalności fizycznej partnera,

– samoocena jakości komunikacji w bliskim związku – deprecjacja (-), – globalna ocena jakości komunikacji partnera w bliskim związku.	– samoocena jakości komunikacji w bliskim związku – zaangażowanie, – globalna ocena jakości komunikacji partnerki w bliskim związku, – staż bliskiego związku (-).
--	--

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku kobiet nie wyłoniono żadnego predyktora satysfakcji seksualnej, który byłby wspólny dla wszystkich grup wiekowych. Spośród zmiennych dotyczących atrakcyjności psychofizycznej zadowolenie z życia seksualnego kobiet w okresie wczesnej dorosłości pozytywnie determinowały globalna samoocena atrakcyjności psychofizycznej i globalna ocena atrakcyjności psychofizycznej partnera. Dla satysfakcji seksualnej kobiet będących w okresie średniej i późnej dorosłości ujawniono natomiast pozytywną rolę samooceny atrakcyjności sprawności i witalności fizycznej oraz oceny atrakcyjności sprawności i witalności fizycznej partnera, czyli zmiennych związanych z witalnością, wymiarami ciała, sprawnością fizyczną i koordynacją ruchów. W grupie kobiet będących w okresie średniej dorosłości dodatnim predyktorem satysfakcji seksualnej okazała się ponadto samoocena atrakcyjności psychicznej (tj. charakter, inteligencja, zainteresowania). W przypadku zmiennych dotyczących jakości komunikacji w bliskim związku wykazano z kolei podobieństwo najmłodszej i najstarszej grupy wiekowej badanych kobiet. Negatywną determinantą ich zadowolenia z życia seksualnego okazała się samoocena jakości komunikacji w bliskim związku w zakresie deprecjacji, czyli przejawianie wobec partnera agresji, dominacji, kontroli, braku poszanowania jego godności, a pozytywną determinantą globalna ocena jakości komunikacji partnera w bliskim związku. Ponadto w grupie najstarszych kobiet dodatnim predyktorem satysfakcji seksualnej była samoocena jakości komunikacji w bliskim związku w zakresie zaangażowania (zrozumienie, bliskość, okazywanie uczuć, podkreślanie ważności partnera, zapobieganie konfliktom, urozmaicanie wspólnie spędzanego czasu). W przypadku satysfakcji seksualnej kobiet będących w okresie średniej dorosłości ujawniono natomiast pozytywną rolę globalnej samooceny jakości komunikacji w bliskim związku i oceny jakości komunikacji partnera w bliskim związku w zakresie zaangażowania. Negatywnym predyktorem zadowolenia z życia seksualnego okazała się ocena jakości komunikacji partnera w zakresie deprecjacji. Dodatkowo zadowolenie z życia seksualnego kobiet w okresie średniej dorosłości pozytywnie determinował brak formalizacji związku.

W grupie mężczyzn, podobnie jak w grupie kobiet, nie wyłoniono żadnego predyktora satysfakcji seksualnej, który byłby wspólny dla wszystkich grup wiekowych. W zakresie zmiennych dotyczących atrakcyjności psychofizycznej wykazano podobieństwo pomiędzy mężczyznami w okresie wczesnej i późnej dorosłości. Pozytywną determinantą ich satysfakcji seksualnej okazała się samoocena atrakcyjności sprawności i witalności fizycznej oraz ocena atrakcyjności sprawności i witalności fizycznej partnerki. W przypadku mężczyzn w okresie średniej dorosłości dodatnimi predyktorami zadowolenia z życia seksualnego były natomiast globalna samoocena atrakcyjności psychofizycznej i ocena atrakcyjności psychicznej partnerki. Wspólnym pozytywnym predyktorem satysfakcji seksualnej mężczyzn w okresie średniej i późnej dorosłości była globalna ocena jakości komunikacji partnerki. Dla najmłodszych mężczyzn nie udało się wyłonić predyktorów satysfakcji seksualnej spośród zmiennych dotyczących oceny jakości komunikacji partnerki. Ponadto pozytywnymi determinantami zadowolenia z życia seksualnego okazały się jeszcze w przypadku mężczyzn w średniej dorosłości samoocena jakości komunikacji w bliskim związku w zakresie wsparcia (okazywanie partnerowi szacunku poprzez docenianie jego wysiłków, zainteresowanie jego problemami i ich wspólne rozwiązywanie, okazywanie troski), w grupie mężczyzn w okresie późnej dorosłości samoocena jakości komunikacji w bliskim związku w zakresie zaangażowania i w przypadku najmłodszych badanych mężczyzn globalna samoocena jakości komunikacji w bliskim związku. Staż bliskiego związku był pozytywnym predyktorem satysfakcji seksualnej mężczyzn w okresie średniej dorosłości, a więc im dłuższy czas trwania ich bliskiej relacji, tym większe zadowolenie z aktywności seksualnej. W przypadku najstarszych mężczyzn zależność ta jest odwrotna – im krótszy staż bliskiego związku, tym większa satysfakcja seksualna.

6.8. Praktyki seksualne

W literaturze przedmiotu praktyki seksualne określa się jako jeden z ważniejszych elementów warunkujących satysfakcję seksualną. McCarthy i Wald (2012) podkreślają, że zadowolenie z życia seksualnego ma miejsce w związkach, w których każda z osób czuje się komfortowo ze zmysłowym i radosnym dotykaniem ciała i byciem dotykany, a ponadto partnerzy mają podobne preferencje w zakresie technik współżycia lub są otwarci na stosowanie technik preferowanych przez partnera. Birnbaum i Reis (2006; za: Birnie-Poter, Hunt, 2015) akcentują, że dla zadowolenia ze stosunku seksualnego ważne jest również postrzeganie przyjemności, którą czerpie z niego partner czy partnerka. W praktyce klinicznej wzbogacanie sztuki miłosnej

poprzez zwiększenie częstotliwości i różnorodności praktyk seksualnych stanowi podstawowy element terapii seksualnej (Kratochvil, 2002; Leiblum, Rosen, 2005; Masters, Johnson, 1975).

Według badań przeprowadzonych przez Izdebskiego (2012) do ulubionych form aktywności seksualnej Polek należą pocałunki w usta, pieszczenie ciała, pieszczenie i dotykanie genitaliów ręką partnera, pieszczenie przez partnera narządów płciowych ustami. W przypadku mężczyzn preferowane zachowania seksualne to pocałunki w usta, pocałunki piersi partnerki, pieszczenie narządów płciowych ręką partnerki, pieszczenie narządów płciowych przez partnerkę ustami. Zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn wymienione wyżej zachowania są rzadziej doświadczane niż badani by tego pragnęli. Badane kobiety i mężczyźni jednogłośnie twierdzą, że gra miłosna (pieszczoty) jest równie ważna co sam akt seksualny (penetracja).

Ważnym źródłem pobudzenia erotycznego jest nie tylko dotyk, lecz także bodźce wzorkowe, smakowe i zapachowe. Doznania związane z dotykiem nie ograniczają się również tylko do sfery genitaliów. We właściwych okolicznościach pobudzenie różnych okolic ciała może skutkować wzrostem podniecenia (Lew-Starowicz, 2003). Hensel i Fortenberry (2014) w swoich rozważaniach podkreślają, że badacze powinni przyjąć szerszą perspektywę, myśląc o aktywności seksualnej. Nie ogranicza się ona bowiem tylko do penetracji genitalnej. Wniosek ten jest według badaczy szczególnie ważny w przypadku badań prowadzonych wśród osób znajdujących się w okresie średniej i późnej dorosłości. W tej grupie repertuar technik seksualny zwykle znacząco się poszerza. Z jednej strony jest to wynik gromadzonych doświadczeń, a z drugiej sposób zaradczy wobec pojawiających się wraz z wiekiem problemów z funkcjami seksualnymi (np. jakością erekcji czy lubrykacji genitaliów).

Ponieważ odpowiedź seksualna podlega prawom uczenia się, wraz z każdym powtórzeniem określonej pieszczoty czy zachowania postępuje habituacja do przyjemności i znudzenie. Dlatego też urozmaicanie sztuki miłosnej zdaje się być remedium na ten proces. Występują jednakże osoby, które przez lata reagują silnym pobudzeniem na bardzo specyficzny bodziec, noszący znamiona fetyszu (Bancroft, 2011). Większość parterów, wraz z wydłużającym się stażem związku, przestaje inicjować aktywność seksualną, a staje się w niej bardziej responsywna. Zmiana ta jest szczególnie widoczna u mężczyzn, którzy nie osiągają już w tak szybkim tempie erekcji, a raczej jest ona wywoływana przez szereg pieszczot w czasie gry wstępnej. Zachowania erotyczne, takie jak pieszczoty, stają się więc kluczowym elementem gry miłosnej, wywołującym pożądanie aktywności seksualnej i dalej podniecenie w rozumieniu erekcji czy lubrykacji (McCarthy, Wald, 2012). Rezultaty badań prezentowanych w literaturze przedmiotu potwierdzają, że wraz ze wzrostem częstości zmian

zachowań seksualnych rośnie zarówno zadowolenie z intymnej relacji, jak i satysfakcja seksualna (Burke, Young, 2012). Badacze nie są zgodni co do kwestii różnic płciowych w wadze *ars amandi* dla satysfakcji seksualnej. Według części z nich nasilenie i zróżnicowanie praktyk seksualnych jest szczególnie ważne dla zadowolenia z życia seksualnego kobiet (Kratochvil, 2002; Leiblum, Rosen, 2005). Partnerki usatysfakcjonowane swoją aktywnością seksualną oceniają jako przyjemne bardziej wyrafinowane praktyki niż kobiety niezadowolone (Kuczyńska, 1992b). Tymczasem rezultaty uzyskane przez Heiman i współpracowników (2008; za: Impett i in., 2014) pokazują, że *ars amandi* może być równie ważne dla obu płci, a zachowania związane z okazywaniem czułości, np. całowanie, głaskanie, tulenie się, są wbrew stereotypom silniej związane z satysfakcją seksualną mężczyzn niż kobiet. Zależność ta dotyczy szczególnie osób w okresie średniej i późnej dorosłości.

Znaczenie praktyk seksualnych dla jakości życia seksualnego podkreślał również Płopa (2017), który opracował ciekawą konceptualizację satysfakcji seksualnej. Według niego satysfakcja seksualna jest wielowymiarowym doświadczeniem obejmującym aspekty poznawczy, emocjonalny i biologiczny, i wyraża się w subiektywnej ocenie aktywności seksualnej w kontekście jakości relacji z partnerem. Skonstruowane przez Płopę narzędzie pomiaru satysfakcji seksualnej obejmuje, obok jakości relacji intymności z partnerem, praktyki seksualne takie jak akt seksualny i różne formy kontaktu fizycznego poza stosunkiem seksualnym (pieszczoty).

Uzyskane rezultaty badawcze (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2019) potwierdziły związek zmiennych z kategorii praktyk seksualnych z zadowoleniem z życia seksualnego osób badanych. Jest to wynik zgodny z doniesieniami innych badaczy. Znaczenie urozmaicenia praktyk seksualnych i doświadczania z nich przyjemności przez oboje partnerów dla satysfakcji seksualnej podkreślali m.in. Kratochvil (2002), Birnbaum i Reis (2006; za: Birnie-Poter, Hunt, 2015) czy McCarthy i Metz (2012), Płopa (2017). Analizując otrzymane w autorskich badaniach wyniki, podobnie jak w przypadku kategorii „jakość bliskiego związku”, stwierdzono odmienną uwarunkowań satysfakcji seksualnej w zależności od płci i grupy wiekowej badanych osób. Zestawienie zmiennych posiadających moc predykcyjną dla zadowolenia z życia seksualnego kobiet i mężczyzn w różnych okresach dorosłości prezentuje tabela 4. Znakiem (-) oznaczono zmienne będące negatywnymi predyktorami zadowolenia z życia seksualnego.

Tabela 4

Praktyki seksualne – zestawienie predyktorów seksualnej kobiet i mężczyzn w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości

Okres dorosłości	Predyktory satysfakcji seksualnej kobiet	Predyktory satysfakcji seksualnej mężczyzn
Wczesna dorosłość (20–35 lat)	– nasilenie zachowań seksualnych w zakresie gry wstępnej, – przyjemność własna doświadczana z praktyk seksualnych – akt seksualny, – ocena przyjemności doświadczanej przez partnera z praktyk seksualnych – gra wstępna.	– nasilenie zachowań seksualnych w zakresie aktu seksualnego, – przyjemność własna doświadczana z praktyk seksualnych – akt seksualny, – ocena przyjemności doświadczanej przez partnerkę z praktyk seksualnych – akt seksualny.
Średnia dorosłość (36–50 lat)	– nasilenie zachowań seksualnych – akt seksualny, – nasilenie zachowań seksualnych autoerotycznych i eksploracyjnych, – przyjemność własna doświadczana z praktyk seksualnych – akt seksualny, – ocena przyjemności doświadczanej przez partnera z praktyk seksualnych – gra wstępna, – staż bliskiego związku (-).	– nasilenie zachowań seksualnych – akt seksualny, – przyjemność własna doświadczana z praktyk seksualnych – gra wstępna, – przyjemność własna doświadczana z praktyk seksualnych – akt seksualny, – ocena przyjemności doświadczanej przez partnerkę z praktyk seksualnych – akt seksualny, – ocena przyjemności doświadczanej przez partnerkę z praktyk seksualnych – gra wstępna.
Późna dorosłość (> 50 lat)	– nasilenie zachowań seksualnych – gra wstępna, – nasilenie zachowań seksualnych – akt seksualny, – przyjemność własna z zachowań seksualnych – akt seksualny, – ocena przyjemności doświadczanej przez partnera z praktyk seksualnych – gra wstępna, – ocena przyjemności doświadczanej przez partnera z praktyk seksualnych – akt seksualny.	– nasilenie zachowań seksualnych – akt seksualny, – przyjemność własna doświadczana z praktyk seksualnych – gra wstępna, – ocena przyjemności doświadczanej przez partnerkę z praktyk seksualnych – akt seksualny, – staż bliskiego związku (-).

Źródło: opracowanie własne.

W grupie kobiet wyłoniono dwa wspólne dla wszystkich grup wiekowych predyktory satysfakcji seksualnej – przyjemność własną doświadczaną z praktyk seksualnych z zakresu aktu seksualnego (tj. dotyk i pobudzanie genitaliów, pieszczoty oralne, wprowadzenie członka do pochwy, zmiana pozycji seksualnej) i ocenę przyjemności doświadczanej przez partnera z praktyk seksualnych z zakresu gry wstępnej, czyli przytulania, pocałunków twarzy, pocałunków w usta, pocałunków ciała, głaskania ciała. Im więcej więc przyjemności kobiety czerpią z aktu seksualnego i im wyżej oceniają przyjemność, jaką doświadczą ich partner z okazywanej im czułości (pieszczot), tym większą mają satysfakcję seksualną. Wykazano również podobieństwo najmłodszej i najstarszej grupy kobiet w zakresie pozytywnej wagi

nasilenia zachowań seksualnych w ramach gry wstępnej, dla ich zadowolenia z życia seksualnego. Wspólnym dodatnim predyktorem satysfakcji seksualnej kobiet w okresie średniej i późnej dorosłości było natomiast nasilenie zachowań seksualnych z zakresu aktu seksualnego. Ponadto pozytywną determinantą zadowolenia z życia seksualnego kobiet w okresie średniej dorosłości okazało się nasilenie praktyk seksualnych dotyczących autoerotyzmu i eksploracji (tj. pobudzanie własnych genitaliów dłońmi, użycie gadżetów erotycznych, realizacja fantazji), a negatywną – staż bliskiego związku. W przypadku najstarszych kobiet satysfakcję seksualną pozytywnie determinowała dodatkowo ocena przyjemności doświadczanej przez partnera z praktyk w ramach aktu seksualnego.

Wspólnym dodatnim predyktorem satysfakcji seksualnej, ujawnionym przez wszystkich mężczyzn, było nasilenie praktyk seksualnych z zakresu aktu seksualnego i ocena przyjemności doświadczanej z nich przez partnerkę. Im więc częściej w życiu seksualnym badanych mężczyzn miały miejsce zachowania związane z dotykiem i pobudzaniem genitaliów, pieszczotami oralnymi, wprowadzeniem członka do pochwy czy zmianami pozycji seksualnych i im większą przyjemność partnerki z owych zachowań obserwowali, tym wyżej oceniali swoją satysfakcję seksualną. Ponadto wykazano podobieństwo mężczyzn będących w okresie wczesnej i średniej dorosłości w zakresie pozytywnego znaczenia przyjemności własnej doświadczanej z wyżej wymienionych praktyk seksualnych dla ich zadowolenia z życia seksualnego. Dodatnim wyznacznikiem satysfakcji seksualnej, wspólnym dla mężczyzn będących w okresie średniej i późnej dorosłości, była z kolei przyjemność własna doświadczana z praktyk seksualnych z zakresu gry wstępnej. Dodatkowo zadowolenie z życia seksualnego mężczyzn w okresie średniej dorosłości było tym większe, im wyższa ocena przyjemności czerpanej przez partnerkę z gry wstępnej. Staż bliskiego związku okazał się ujemnym predyktorem satysfakcji seksualnej tylko w grupie najstarszych mężczyzn – im krótszy staż bliskiego związku, tym większa ich satysfakcja seksualna.

6.9. Płeć

Wyniki badań, których przedmiot stanowiły różnice płciowe w poziomie satysfakcji seksualnej, nie są konkluzywne (Sanchez-Fuentes i in., 2013). Część badaczy wskazała na mężczyzn jako doświadczających wyższego zadowolenia z aktywności seksualnej (m.in. Laumann, Paik, Glasser, 2006), a część na kobiety (Sprecher, 2002). Jeszcze inne badania, w tym badania własne, wykazały brak różnicy płciowej w poziomie satysfakcji seksualnej (Dolińska-Zygmunt, Nomejko, 2011, 2014; Higgins i in., 2011). Badacze są jednak zgodni w kwestii odmienności uwarunkowań stopnia zadowolenia z życia seksualnego kobiet

i mężczyzn (Birnie-Poter, Hunt, 2015). Próbę wyjaśnienia tego zjawiska można podjąć w oparciu o model podwójnej kontroli opracowany przez Bancrofta i Janssena (Bancroft, 2011). Według ich teorii za wystąpienie pobudzenia seksualnego i związanego z nim podniecenia odpowiedzialna jest równowaga między dwoma układami w mózgu – układem pobudzenia seksualnego i układem hamowania seksualnego. Oba układy posiadają swój komponent neurobiologiczny, ale też pozostają pod wpływem środowiska i procesów uczenia się. Za pobudzenie seksualne odpowiadają:

- prawa boczna część kory oczodołowo-czołowej (odpowiedzialna za ocenę i klasyfikację bodźca jako seksualnego),
- górna część kory ciemieniowej (procesy uwagowe),
- dolne płaty ciemieniowe,
- pola ruchowe,
- brzuszne obszary przedruchowe,
- jądra ogoniaste (odpowiedzialne za wyobrażenia ruchowe),
- przedmurze (odpowiedzialne za komponent motywacyjny),
- podwzgórze,
- lewy zakręt obręczy,
- wyspa (komponent autonomiczny i nerwowo-wydalniczy),
- prawa część wyspy,
- drugorzędowa kora somatosensoryczna (komponent emocjonalny, przyjemność, wzrost podniecenia).

Za hamowanie seksualne odpowiadają:

- płaty skroniowe (nie pozwalają na zainicjowanie pobudzenia seksualnego),
- jądro ogoniaste i skorupa (nie pozwalają na rozwój już zainicjowanego pobudzenia seksualnego),
- brak deaktywacji MOFC, czyli przyśrodkowej kory oczodołowo-czołowej (procesy poznawcze związane z dewaluacją partnera seksualnego).

Neurobiologiczne hamowanie odpowiedzi seksualnej jest mechanizmem adaptacyjnym występującym u różnych gatunków. Zmniejsza ono ryzyko zaangażowania w aktywność seksualną czy wystąpienia rozpraszającego podniecenia i pożądania w sytuacjach, gdy byłoby to niekorzystne, a nawet niebezpieczne, dla życia i zdrowia. Pomiędzy ludźmi istnieje różnorodna skłonność zarówno do podniecenia, jak i do hamowania. Na przykład osoby

o wysokiej skłonności do pobudzenia i niskiej do hamowania będą częściej angażowały się w ryzykowne zachowania seksualne. W przypadku mężczyzn wyższe wyniki uzyskuje się, badając komponent pobudzenia, w przypadku kobiet hamowania. Dla kobiet ważnym czynnikiem pobudzającym jest charakterystyka partnera, a dla mężczyzn różnorodność bodźców i nastroj. Czynnikiem silniej hamującym podniecenie kobiet jest z kolei brak zaufania do partnera seksualnego, niska jakość bliskiego związku, zaniepokojenie funkcjonowaniem seksualnym i otoczenie. Badania na bliźniętach jednojajowych wykazały, że w przypadku komponentu związanego z hamowaniem można mówić o umiarkowanej dziedziczności, natomiast komponent odpowiedzialny za pobudzenie jest silniej warunkowany przez wpływ środowiska i procesy uczenia się (Bancroft, 2011).

Według Bancrofta (2011) można mówić o trzech poziomach seksualności kobiet i mężczyzn – poziomie podstawowym, komponencie naddanym i wymiarze społeczno-obyczajowym. W modelu tym akcentuje się różnice w funkcjonowaniu seksualnym mężczyzn i kobiet.

Poziom podstawowy seksualności kobiet i mężczyzn to biologicznie uwarunkowane dążenie do przyjemności będącej wynikiem ubocznym reprodukcji. Seksualność mężczyzn wydaje się w tym względzie mniej skomplikowana. Dążą oni do pobudzania prącia w celu osiągnięcia orgazmu i wytrysku. Penetracja pochwy dostarcza mężczyźnie potrzebnej stymulacji, więc kończy się wytryskiem nasienia. Jak wspomniano wcześniej, w przypadku kobiet można raczej mówić o przyzwoleniu na penetrację pochwową.

Kolejnym poziomem seksualności jest komponent naddany, związany z przyjemnością seksualną nie pozostającą w bezpośrednim związku z rozmnażaniem. W przypadku większości kobiet przyjemność seksualna pochodzi ze stymulacji łechtaczki, natomiast budowa anatomiczna kobiety nie zawsze sprzyja pobudzaniu żołędzi łechtaczki podczas penetracji pochwowej (choć wewnętrzne struktury i unerwienie łechtaczki są bardzo rozległe). Osiągnięcie przyjemności seksualnej wymaga więc często bardziej wysublimowanych technik współżycia.

Poziom społeczno-obyczajowy to w przypadku kobiet większa skłonność do hamowania odpowiedzi seksualnej i różnorodność kontekstów, które mają hamujący wpływ na aktywność seksualną. W sensie biologicznym hamowanie wzorca podstawowego może być związane z ewolucyjnym mechanizmem unikania niepożądanego reprodukcji. Na to nakłada się zaniepokojenie mężczyzn przyjemnością seksualną kobiet i represjonowanie jej przez wiele wieków historii seksualności człowieka.

Wielu badaczy zwróciło uwagę na różnice w uwarunkowaniach satysfakcji seksualnej kobiet i mężczyzn. Przykładowo Nowosielski (2010) zaznaczył, że stopień satysfakcji seksualnej kobiet w przeciwieństwie do większości mężczyzn nie musi wiązać się z orgazmem. Według badacza satysfakcja seksualna kobiet jest w większym stopniu zależna od emocji związanych z jakością bliskiego związku. Dla zadowolenia z życia seksualnego kobiet niezwykle istotny jest szerszy kontekst – sytuacyjny, społeczny, psychiczny. Mężczyźni natomiast stopień zadowolenia z życia seksualnego wiążą raczej z fizjologicznym wymiarem seksu. Zhang, Ho, Yip (2012) uważają, że kobiety postrzegają swoje życie seksualne jako zadowalające wtedy, gdy spełniony jest szereg kryteriów natury psychologicznej: poczucie bezpieczeństwa, intymność, więź z partnerem. Podobnie twierdzą Kuczyńska i Kaczmarek (2001) czy Kedde i Berlo (2006). Zdaniem tych badaczy dla większości kobiet ważniejszym predyktorem satysfakcji seksualnej jest jakość relacji, a dla mężczyzn fizyczność i sprawność, w tym brak dysfunkcji seksualnych. Badania własne (Dolińska-Zygmunt, Nomejko, 2011) nad związkami satysfakcji seksualnej z jakością życia młodych dorosłych wykazały, że zadowolenie z aktywności seksualnej jest silniej związane z poczuciem jakości życia kobiet, zarówno w przypadku jego globalnej oceny, jak i poszczególnych sfer. W grupie mężczyzn satysfakcja seksualna wiązała się z oceną globalną i jedynie z psychofizycznym wymiarem poczucia jakości życia. Uzyskane rezultaty badawcze potwierdziły współczesne stanowisko seksuologów, że satysfakcja seksualna kobiet warunkowana jest nie tyle przez fizyczne zmiany zachodzące w ciele, ile przez czynniki psychologiczne.

W badaniach uwzględniających płeć i okres dorosłości (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2019) wśród kobiet zarówno średni wynik, jak i liczba osób wykazujących wysoki poziom satysfakcji seksualnej były istotnie statystycznie większe w grupach wiekowych 20–35 lat i 36–50 lat niż w grupie powyżej 50. roku życia. Średni wynik i poziom zadowolenia z życia seksualnego mężczyzn okazał się natomiast podobny niezależnie od wieku/okresu dorosłości. Rezultat uzyskany w grupie mężczyzn zdaje się potwierdzać stanowisko wielu badaczy seksualności człowieka, według których, pomimo obiektywnych ubytków zdrowia somatycznego postępujących wraz z wiekiem, można czerpać niemalże niezmienną satysfakcję z aktywności seksualnej. Czynniki natury psychologicznej, takie jak jakość bliskiego związku, poczucie atrakcyjności, miłość do partnera, w większym stopniu warunkują zadowolenie z aktywności seksualnej aniżeli biologia. Często także kompensują różnego rodzaju dysfunkcje seksualne czy spadek częstotliwości stosunków (m.in. DeLamater, Karraker, 2009; Leiblum, Rosen, 2005; Sanchez-Fuentes i in., 2013; DeLamater, Hyde, Fong, 2008). Wraz z kolejnymi etapami dorosłości ludzie mogą nabywać nowych kompetencji

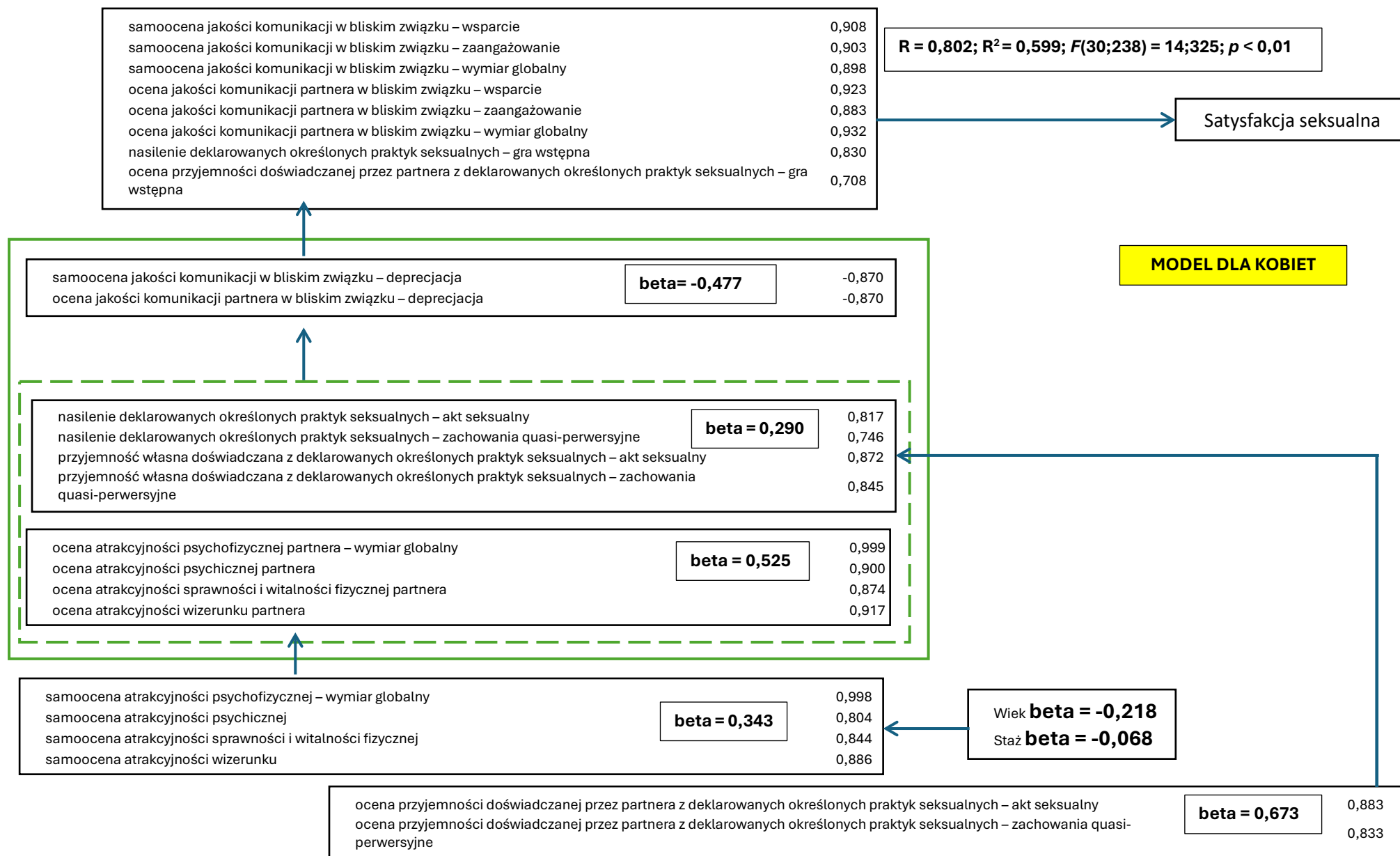
i zmieniać swoje przekonania dotyczące seksualności. W takich okolicznościach strata wybranych atrybutów, np. sprawności funkcjonowania genitaliów, może zostać zrównoważona innymi wartościami (Beisert, 2006). Proponowana interpretacja wyników nasuwa jednak pytanie: dlaczego zasada ta nie dotyczy w równym stopniu kobiet? W przypadku kobiet, tak jak i w przypadku mężczyzn, zmiany związane ze starzeniem się organizmu wpływają na funkcjonowanie seksualne. Na przykład menopauza związana jest z involucją w funkcjonowaniu narządów płciowych, która wywołana jest zmniejszonym wydzielaniem testosteronu i estrogenów. W okresie około- i postmenopauzalnym ściany pochwy są bardziej podatne na urazy, spada stopień lubrykacji i obrzmienia genitaliów, przez co stosunki pochwowe mogą być dla kobiet bolesne (DeLamater, Friedrich, 2008). Metody zaradzenia temu problemowi, np. hormonalna terapia zastępcza, używanie lubrykantów czy laseroterapia, pomimo swojej skuteczności nie są wśród Polek popularne. Prawdopodobnie jest to konsekwencją braku wiedzy w tym obszarze, a także wynikiem tendencji do zaniedbywania przez kobiety zdrowia seksualnego. Niestety z badań wynika, że prawie połowa polskich kobiet nie odwiedza regularnie ginekologa, a wiele z nich nie było na wizycie ginekologicznej nigdy (Izdebski, 2012). Z drugiej strony polscy lekarze nie są merytorycznie przygotowani do leczenia dysfunkcji seksualnych, a nawet do zadawania pytań o stan zdrowia seksualnego swoich pacjentów i pacjentek (Lew-Starowicz, 2004). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że poza ograniczeniami wynikającymi ze zmian w obrębie somatyki, duże znaczenie dla seksualności kobiet mają schematy myślenia i związane z nimi stereotypy (DeLamater, Moorman, 2007), w tym również przekonania religijne potępiające seks pozaprokreacyjny i aktywność seksualną po okresie menopauzy (Beisert, 2006). Wśród osób starszych nie tyle dysfunkcje związane z zaawansowanym wiekiem są przyczyną nieangażowania się w związki seksualne, ale przede wszystkim ich przekonania, że nie „wypada” cieszyć się własną seksualnością. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że represyjne poglądy dotyczą w naszej kulturze przede wszystkim seksualności kobiet (Lew-Starowicz, 2010). Według Sanchez i Kiefer (2007; za: Schwartz, Diefendorf, McGlynn-Wright, 2014) starzenie się ma silniejszy wpływ na satysfakcję seksualną kobiet z powodu nierealnych standardów atrakcyjności kobiecego ciała. Wraz z wiekiem i naturalnie zachodzącymi zmianami kobiety zaczynają doświadczać silniejszego wstydu w związku ze swoją cielesnością, co przekłada się na funkcjonowanie seksualne. Ponadto, szczególnie w przypadku kobiet, o jakości funkcjonowania w seksualnym wymiarze życia decyduje kontekst relacji – obecność partnera, jego charakterystyka i stan zdrowia w zakresie psychicznym i somatycznym. Wiele kobiet po śmierci partnera

nie decyduje się na ponowne zaangażowanie w bliski związek (DeLamater, Moorman, 2007). Spadek zainteresowania własną seksualnością może w takiej sytuacji pełnić dla nich funkcję mechanizmu obronnego – strategii radzenia sobie z lękiem (kolejną stratą) (Cichocka, 2006). Należy również wziąć pod uwagę fakt, że prezentowane autorskie badania zostały przeprowadzone wśród reprezentantek trzech różnych generacji kobiet, których postawy wobec własnej płci i seksualności kształtowały się w odmiennych okolicznościach. Możliwe, że współczesne 20–30-latki będąc potrafiły w wieku swoich matek i babek czerpać więcej zadowolenia z aktywności seksualnej, jeśli nastąpią korzystne zmiany społeczno-kulturowe w sferze nastawień do starości i seksu (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2015).

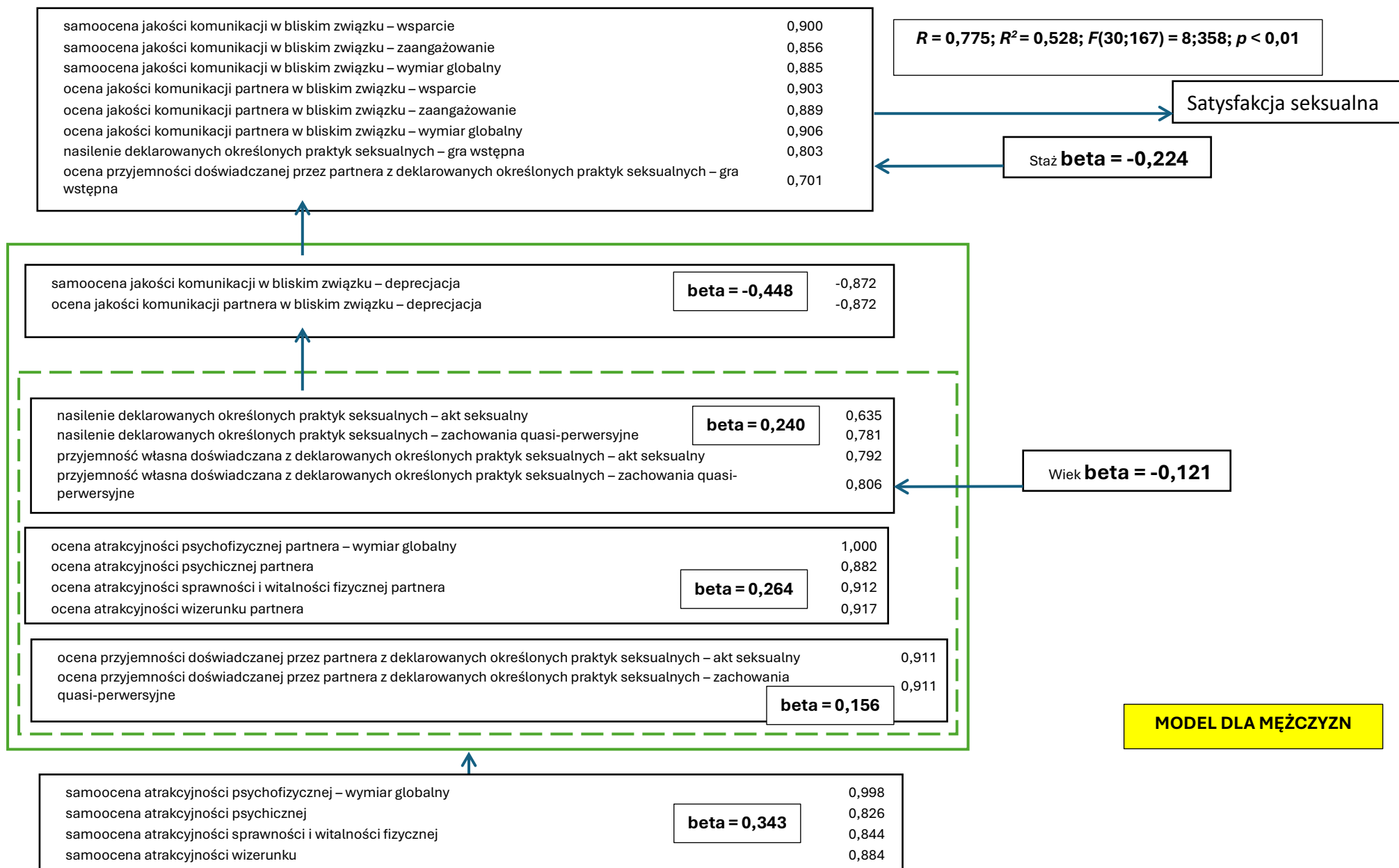
Wielowymiarowe modele zależności między zmiennymi, opracowane dla kobiet i dla mężczyzn (ilustrujące związki przyczynowo-skutkowe) pokazały, które zmienne pełnią rolę bezpośrednich predyktorów satysfakcji seksualnej, a które rolę pośrednich jej wyznaczników. Pokazały również, że różnice między kobietami i mężczyznami dotyczą wyłącznie predyktorów pośrednich, tym samym nie odnotowano różnic płciowych w odniesieniu do predyktorów bezpośrednich. Okazało się, że zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn – bez względu na ich wiek i typ związku (formalny vs nieformalny) – bezpośrednimi wyznacznikami zadowolenia z życia seksualnego są: samoocena i ocena partnera w zakresie jakości komunikacji w bliskim związku oraz praktyki seksualne z zakresu tzw. gry wstępnej (*ars amandi*). Zadowolenie z życia seksualnego kobiet i mężczyzn jest zatem tym większe:

- im bardziej partnerzy wspierają się wzajemnie i angażują w budowanie więzi;
- im bardziej urozmaicona jest gra wstępna/pieszczoty oraz im więcej przyjemności z tych praktyk czerpie partner/partnerka.

Warto też podkreślić, że w przypadku mężczyzn znaczenie tych bezpośrednich predyktorów satysfakcji seksualnej w dużym stopniu zależy od stażu związku, tzn. im dłuższy staż związku, tym niższa ich ocena jakości komunikacji z partnerką i tym niższa w ocenie mężczyzn przyjemność, którą doświadcza partnerka z gry wstępnej. Należy także zaznaczyć, że doświadczana własna przyjemność z różnych praktyk seksualnych nie ma bezpośredniego wpływu na satysfakcję seksualną ani kobiet, ani mężczyzn, a jedynie ma wpływ pośredni u obu płci (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2019).



Rysunek 7. Wielowymiarowy model zależności – satysfakcja seksualna kobiet. Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 8. Wielowymiarowy model zależności – satysfakcja seksualna mężczyzn. Źródło: opracowanie własne.

Rezultaty tych badań podważają tradycyjny sposób definiowania satysfakcji seksualnej jako doświadczania przyjemności/orgazmu oraz korespondują z poglądami i doniesieniami z badań m.in. Plopy (2017), McCarthy i Wald (2012), Byers, Rehman (2014). Badacze ci wyrażają przekonanie, że życie seksualne może być oceniane jako satysfakcjonujące w oparciu o czynniki inne niż własna przyjemność. Zadowolenie z życia seksualnego może bowiem wynikać z wagi takich pozytywnych konsekwencji aktywności seksualnej, jak np. obserwacja przyjemności doświadczanej przez partnera, budowania więzi w związku, utrzymywanie radosnej atmosfery w relacji. Według modelu Basson (2000, 2007) kobiety mogą chętnie angażować się w aktywność seksualną nawet pomimo braku spontanicznego pożądania czy pobudzenia seksualnego, ponieważ chcą sprawić przyjemność swojemu partnerowi, i to ona, wraz z szeregiem innych pozytywnych (często pozaseksualnych) konsekwencji, w dużej mierze stanowi o satysfakcji seksualnej kobiety. Zasada ta – w świetle badań własnych – zdaje się dotyczyć również mężczyzn.

Przystawione autorskie modele psychospołecznych wyznaczników satysfakcji seksualnej kobiet i mężczyzn wyraźnie unaocznili – wbrew rozpowszechnionym przekonaniom – że takie czynniki jak atrakcyjność psychofizyczna partnerów i doświadczanie orgazmu mają jedynie pośredni wpływ na poczucie zadowolenia z życia seksualnego. Pokazały również, że wiek u obu płci nie ma wpływu na bezpośrednie predyktory satysfakcji seksualnej, ale istotnie negatywnie wpływa na samoocenę atrakcyjności psychofizycznej kobiet, a u mężczyzn ma negatywny wpływ na intensywność ich aktywności seksualnej i doświadczaną przyjemność. Warto też zwrócić uwagę, że w modelach wyznaczników satysfakcji seksualnej w ogóle nie ujawniła się rola zmiennej, jaką jest typ bliskiego związku (formalny vs nieformalny), a więc status związku nie różnicuje wpływu ani bezpośrednich, ani pośrednich predyktorów zadowolenia z życia seksualnego.

6.10. Satysfakcja seksualna osób z grupy LGBTQ+

Satysfakcja seksualna stanowi ważny element zdrowia i jakości życia osób różnych orientacji i tożsamości płciowych. Badania nad satysfakcją seksualną osób LGBTQ są stosunkowo nieliczne w porównaniu z badaniami prowadzonymi w populacji heteroseksualnej, w ostatnich dekadach jednak obserwuje się ich wzrost (Croteau, Morrison, 2025; Newcomb i in., 2021). W Polsce i w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej temat zdrowia osób z grupy LGBTQ wciąż jest traktowany marginalnie w badaniach empirycznych, co może wynikać m.in. z niechęci społecznej, braku funduszy na badania i ograniczonych możliwości

przewodzenia reprezentatywnych analiz. Istniejące badania wskazują na te same uwarunkowania satysfakcji seksualnej w grupie osób hetero- i homoseksualnych w średniej i późnej dorosłości – satysfakcja z bliskiego związku, zdrowie psychiczne i fizyczne, pozytywna samoocena (Buczak-Stec, König, Hajek, 2023; Newcomb i in., 2021). Wyniki badań, których przedmiotem były różnice w poziomie satysfakcji seksualnej osób różnych orientacji, nie są konkluzywne (Buczak-Stec i in., 2023; Janicka, Cieślak, 2020). Homoseksualni mężczyźni zdają się czerpać większą satysfakcję z kontaktów seksualnych bez relacji uczuciowej niż homoseksualne kobiety – w ich przypadku zaangażowana relacja ma większe znaczenie dla zadowolenia ze stosunku seksualnego (Janicka, Cieśla, 2020). Badania porównujące zadowolenie z życia seksualnego w grupie mężczyzn homoseksualnych, biseksualnych, określających siebie jako *queer* czy mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami wskazują na wyższą satysfakcję seksualną osób będących w dobrej jakości związkach. Niezależnie od typu związku (zamknięty, etycznie otwarty, monogamiczny, niemonogamiczny) satysfakcja seksualna nieheteroseksualnych mężczyzn jest pozytywnie powiązana z zadowoleniem z relacji i jakością komunikacji (Newcomb i in., 2021). Badania dotyczące osób transpłciowych wskazują, że choć ryzyko doświadczenia różnego typu dysfunkcji seksualnych jest bardzo wysokie, to ponad połowa osób badanych jest zadowolona ze swojego życia seksualnego (Barcelos i in., 2024). Jerome i współpracownicy (2022) wskazują, że w przypadku transpłciowych kobiet ważnym działaniem przynoszącym ulgę w dysforii płciowej związanej z funkcjonowaniem genitaliów i poprawiającym satysfakcję seksualną są medyczne terapie afirmujące płć (terapia hormonalna i/lub operacje chirurgiczne). Nikkelen i Kreukels (2018) zbadali rolę leczenia afirmującego płć (GCT; tj. leczenia hormonalnego, operacji narządów płciowych), dobrostanu psychicznego oraz satysfakcji z ciała w odczuciach i zachowaniach seksualnych osób transpłciowych. Przeprowadzono badanie ankietowe wśród nieklinicznej próby 325 osób transpłciowych M/K (płć przypisana przy urodzeniu: męska, płć odczuwana: żeńska) i 251 osób K/M (płć przypisana: żeńska, płć odczuwana: męska) z Holandii (w wieku 17–76 lat, $M_{\text{średni}} = 41,87$). W grupie badanej znajdowały się osoby bez chęci podjęcia GCT, osoby w trakcie i pragnące kontynuacji GCT oraz osoby, które ukończyły GCT. Wyniki wskazują, że choć leczenie afirmujące płć może pozytywnie wpływać na odczucia seksualne, szczególnie u osób M/K, to satysfakcja z ciała może odgrywać jeszcze większą rolę. Osoby bez chęci podjęcia GCT mogą doświadczać szczególnych trudności w sferze seksualnej.

W przypadku osób identyfikujących się jako lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i *queer* (LGBTQ) doświadczanie satysfakcji seksualnej może być dodatkowo,

poza czynnikami uniwersalnymi dla większości osób, kształtowane przez unikatowe czynniki takie jak dyskryminacja społeczna, napięcia związane z ujawnianiem orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej, a także wpływ norm heteronormatywnych i cispłciowych w kontekście relacji intymnych (Croteau, Morrison, 2025). Heteronorma to pojęcie używane w naukach społecznych, psychologii i *gender studies*, które opisuje społecznie utrwaloną normę zakładającą, że heteroseksualność (czyli pociąg emocjonalny i/lub seksualny między osobami różnej płci/tożsamości płciowej) jest naturalna, oczywista i jedynie prawidłowa. W kontekście związków heteronorma oznacza przekonanie, że związki romantyczne i seksualne powinny składać się wyłącznie z jednej kobiety i jednego mężczyzny, a kobieta i mężczyzna pełnić tradycyjnie przypisane im role (mężczyzna jako głowa rodziny, kobieta jako opiekunka domowego ogniska). W praktyce heteronorma prowadzi do uprzywilejowania związków heteroseksualnych, marginalizacji lub pomijania innych form relacji (np. związków homoseksualnych, biseksualnych, osób niebinarnych), społecznego nacisku na określone zachowania, wygląd, podział ról w relacji. Cisnorma natomiast to pojęcie, które opisuje społeczne założenie, że każda osoba jest cisgenderowa – czyli, że tożsamość płciowa osoby zgadza się z płcią przypisaną jej przy urodzeniu (np. osoba, której płeć oznaczono przy urodzeniu jako żeńską na podstawie wyglądu zewnętrznych narządów płciowych, identyfikuje się jako kobieta). Cisnorma oznacza oczekiwanie, że wszyscy partnerzy w relacjach są cisgenderowi. Innymi słowy, za normę uważa się związki między osobami, które nie kwestionują ani nie zmieniają swojej tożsamości płciowej. Osoby transpłciowe, niebinarne lub *genderqueer* mogą być więc niewidzialne lub traktowane jako „odchylenie” od normy, a ich związki są rzadziej uznawane za „normalne” lub „pełnoprawne” społecznie. Mogą spotykać się z niezrozumieniem, odrzuceniem lub uprzedzeniami, zarówno jako jednostki, jak i jako pary.

Najważniejszym czynnikiem wywierającym negatywny wpływ na zdrowie osób z grupy LGBTQ jest stres mniejszościowy (*minority stress*), wynikający m.in. z doświadczeń dyskryminacji, stygmatyzacji i uprzedzeń. Stres mniejszościowy to pojęcie odnoszące się do specyficznych doświadczeń stresowych, z jakimi borykają się osoby należące do grup mniejszościowych, takich jak mniejszości etniczne, seksualne, religijne czy społeczne. Termin ten został wprowadzony w kontekście badań nad wpływem dyskryminacji i marginalizacji na zdrowie psychiczne i fizyczne osób z mniejszości seksualnych przez Meyera (2003). Autor modelu stresu mniejszościowego wyróżnił dwie grupy procesów wpływających na występowanie stresu mniejszościowego u jednostek narażonych: proksymalne oraz dystalne. Pierwsze z nich obejmują myślenie, emocje i zachowanie jednostki. Wiążą się

z ukrywaniem przed społeczeństwem swojej orientacji lub tożsamości płciowej, oczekiwaniem odrzucenia oraz zinternalizowaną homofobią, bifobią czy transfobią. Procesy dystalne (zewnątrzne) odnoszą się do przejawów agresji, dyskryminacji, jawnej wrogości wobec jednostek należących do grup mniejszościowych. Według założeń modelu są one podstawą do wybrzmienia ulokowanych w psychice jednostki procesów proksymalnych. Osoby doświadczające stresu mniejszościowego często muszą stawić czoła codziennym wyzwaniom związanym z uprzedzeniami, odrzuceniem społecznym, a także stereotypami, co może prowadzić do chronicznego poczucia zagrożenia, napięcia emocjonalnego, obniżonego poczucia własnej wartości, depresji czy zaburzeń lękowych.

Osoby będące pod wpływem stresu mniejszościowego mogą doświadczać obniżonego nastroju, lęku, objawów depresyjnych, które przekładają się bezpośrednio na zmniejszone zainteresowanie seksem lub trudności z odczuwaniem przyjemności w relacjach intymnych (Bai i in., 2025). Stres wynikający z odrzucenia, negatywnego traktowania czy lęku przed stygmatyzacją może prowadzić do obniżonego poczucia własnej wartości, a w konsekwencji do trudności w nawiązywaniu relacji intymnych. Według badań Grabskiego i współpracowników (2019) stres mniejszościowy jest powiązany z problemami seksualnymi nieheteroseksualnych mężczyzn – badacze wykazali, że zinternalizowana homofobia, czyli negatywne uprzedzenia wobec własnej orientacji seksualnej, jest ważnym prognostykiem niskiej jakości życia seksualnego. Dodatkowo doświadczenie wykluczenia, np. konieczność ukrywania orientacji seksualnej czy obawa przed przemocą i stygmatyzacją, mogą komplikować nawiązywanie bliskich relacji, co w efekcie może wpływać na obniżenie zadowolenia z życia seksualnego (Gonçalves, Costa, Leal, 2020). W oparciu o doniesienia z badań można przyjąć założenie, że wsparcie społeczne pełni funkcję bufora w relacji między stresem mniejszościowym a satysfakcją seksualną – wsparcie emocjonalne może przeciwdziałać negatywnym skutkom stresu mniejszościowego lub je łagodzić, przekładając się na wyższą ogólną jakość życia, w tym życia seksualnego (Grabski i in., 2019). Li i współpracownicy (2019) również wykazali, że postrzeganie bliskiego otoczenia jako akceptującego może mieć pozytywny wpływ na satysfakcję z orgazmu oraz ogólną satysfakcję seksualną. Wyniki metaanaliz wskazują, że zależność pomiędzy odczuwanym stresem mniejszościowym a zadowoleniem z życia seksualnego jest większa w przypadku młodych osób homoseksualnych. Osoby homoseksualne w okresie średniej i późnej dorosłości lepiej radzą sobie z doświadczeniem stresu mniejszościowego. Czynniki związane z późniejszym etapem życia zdają się łagodzić wpływ stresu mniejszościowego na poziom satysfakcji seksualnej (Croteau, Morrison, 2025).

7. Autorskie narzędzia pomiaru satysfakcji seksualnej

Satysfakcja seksualna jest jednym z kluczowych wskaźników zdrowia seksualnego, a jej poziom odzwierciedla dobrostan jednostki oraz jakość relacji z partnerem lub partnerką. Pomiar tego wielowymiarowego zjawiska stanowi istotne wyzwanie zarówno dla badaczy, jak i praktyków. Niniejszy rozdział ma na celu przedstawienie autorskich kwestionariuszy i skal służących do badania aspektów funkcjonowania związanych z seksualnością i satysfakcją seksualną.

7.1. Kwestionariusz satysfakcji seksualnej

Pracę nad *Kwestionariuszem satysfakcji seksualnej* (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2014) rozpoczęto w 2010 roku. Na podstawie analizy literatury przedmiotu przyjęto definicję pojęcia satysfakcji seksualnej, podobną do sformułowanej przez Laumann i współpracowników (2006) czy Pinneya i Gerarda (za: Holt, Lynes, 2007), jako poznawczo-emocjonalnej oceny stopnia zadowolenia z życia seksualnego. Następnie stworzono pulę 35 pytań, które mogłyby wejść w skład kwestionariusza. Sędziami kompetentnymi byli studenci V roku psychologii oraz dyplomowani psychologowie. Z puli wybrali oni i pozytywnie ocenili 28 pozycji, które weszły w skład pilotażowej wersji metody. W badaniu pilotażowym wzięły udział 42 osoby (20 kobiet i 22 mężczyzn) w przedziale wiekowym 20–32 lata. Na zebranych wynikach przeprowadzono analizy statystyczne. Pominięto w dalszych analizach i postanowiono usunąć z kwestionariusza te pytania, które wskazywały mniejszą moc dyskryminacyjną niż 0,4.

Tabela 5
Moc dyskryminacyjna pytań

Numer pytania	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10
Korelacja Pearsona	0,67	0,45	0,59	0,58	0,69	0,65	0,71	0,60	0,65	0,64
Istotność (dwustronna)	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

Źródło: opracowanie własne.

Zredukowano również pytania o część tych, pomiędzy którymi występowała istotna dwustronna korelacja Pearsona, zakładając, że mogą być do siebie zbyt podobne i nieść taką samą treść. Do oceny dopasowania modelu użyto wskaźnika RMSEA, który wyniósł 0,073.

Wartości mniejsze od 0,05 wskazują na bardzo dobre dostosowanie modelu, mniejsze od 0,08 na zadowalające, a większe od 0,1 na brak dopasowania.

Rzetelność metody mierzona alfą Cronbacha świadczy o wysokiej spójności kwestionariusza, gdyż współczynnik ten wyniósł 0,83. Kolejne badania potwierdzające rzetelność metody przeprowadzono w 2012 roku na grupie 90 kobiet i 77 mężczyzn w wieku od 21 do 72 lat, pozostających w związkach o czasie trwania od 6 miesięcy do 42 lat. Wartość alfy Cronbacha ponownie świadczyła o wysokiej spójności kwestionariusza, gdyż współczynnik ten wyniósł 0,89 w grupie wiekowej 21–35 lat, 0,89 w grupie wiekowej 36–50 lat i 0,76 w grupie wiekowej 51–72 lata (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2014).

Ostateczna wersja metody składa się z dziesięciu pytań (zob. załącznik 1). Osoba badana ustosunkowuje się do nich za pomocą czterostopniowej skali Likerta. Wynik jest sumą otrzymanych punktów. Pytania 1, 3, 5, 8, 9 kodowane są odwrotnie. Normy opracowane dla populacji w wieku od 20 do 72 lat zaprezentowano w tabeli 6.

Tabela 6
Normy Kwestionariusza satysfakcji seksualnej

Płeć osób badanych	Wyniki niskie	Wyniki średnie	Wyniki wysokie
Kobiety	10–15	26–31	32–40
Mężczyźni	10–27	28–33	34–40

Źródło: opracowanie własne.

Trafność teoretyczna *Kwestionariusza satysfakcji seksualnej*

W celu potwierdzenia trafności teoretycznej zmierzono wartość współczynnika korelacji pomiędzy wynikami osób badanych autorskim *Kwestionariuszem satysfakcji seksualnej* i *Inwentarzem satysfakcji seksualnej* (ISS) autorstwa Walter W. Hudson (Davies, 1998). Translacji ISS na język polski dokonali Postek i Stolarski. *Inwentarz satysfakcji seksualnej* jest 25-itemową metodą mierzącą poziom dyssatisfakcji w seksualnym komponencie związku. Osoba badana ustosunkowuje się do prezentowanych twierdzeń za pomocą siedmiostopniowej skali Likerta. Im wyższy wynik, tym większe niezadowolenie z życia seksualnego. Alfa Cronbacha dla oryginału wynosi 0,92, a dla wersji przetłumaczonej na język polski – 0,93. W badaniu wzięło udział 60 osób (29 kobiet i 31 mężczyzn) w wieku 19–35 lat. Wyniki potwierdziły założenie o ujemnym związku pomiędzy zmiennymi. Wartość współczynnika korelacji r-Pearsona pomiędzy satysfakcją seksualną mierzoną *Kwestionariuszem satysfakcji seksualnej* a dyssatisfakcją mierzoną *Inwentarzem satysfakcji seksualnej* wyniosła -0,74 przy $p < 0,05$ (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2014).

Na podstawie literatury przedmiotu założono, że satysfakcja seksualna pozostaje w związku z poczuciem jakości życia (Rosen, Bachmann, 2008; Ventegodt, 1998; Arrington i in., 2004). W badaniach potwierdzających to założenie uczestniczyło 100 osób (49 kobiet i 51 mężczyzn) w wieku od 23 do 35 lat. W celu dokonania pomiaru zmiennych zastosowano *Kwestionariusz poczucia jakości życia* autorstwa Marii Straś-Romanowskiej, Anny Oleszkowicz i Tomasza Frąckowiaka (2004) i autorski *Kwestionariusz satysfakcji seksualnej*. Zgodnie z założeniem wartość współczynnika r-Pearsona korelacji zmiennych satysfakcja seksualna i poczucie jakości życia wskazała na istotną statycznie zależność ($r = 0,45$; $p < 0,001$). Satysfakcja seksualna pozostawała jednak w silniejszym związku z poczuciem jakości życia kobiet niż mężczyzn (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2014).

Tabela 7

Korelacja Pearsona pomiędzy satysfakcją seksualną a poczuciem jakości życia i jego wymiarami dla mężczyzn i kobiet

	KOBIETY	MĘŻCZYŹNI
Sfera psychofizyczna	0,59(**)	0,48(**)
Sfera psychospołeczna	0,46(**)	ni
Sfera podmiotowa	0,36(**)	ni
Sfera metafizyczna	0,38(**)	ni
Wynik globalny poczucia jakości życia	0,57(**)	0,30(*)

Źródło: opracowanie własne.

Liczne badania wskazują również na związek samooceny z zadowoleniem z życia seksualnego (Bancroft, 2011; Baumeister i in., 2003; Narvaez-Rehbein i in., 2006). W badaniach, których celem było potwierdzenie tego przypuszczenia, uczestniczyło 100 osób (49 kobiet i 51 mężczyzn) w wieku od 23 do 35 lat. Pomiaru poziomu samooceny dokonano za pomocą *Skali samooceny SES* autorstwa Morrisa Rosenberga w adaptacji Dzwonkowskiej, Lachowicz-Tabaczek i Łaguny (2008). Rezultat badania potwierdził przypuszczenie o istnieniu korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi *Skalą samooceny SES* i *Kwestionariuszem satysfakcji seksualnej*. Wartość współczynnika korelacji wyniosła 0,44 przy $p < 0,001$. Pomiedzy kobietami i mężczyznami nie było różnic w zakresie siły związku zmiennych (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2014).

7.2. Kwestionariusz atrakcyjności psychofizycznej

Atrakcyjność to pozytywny stosunek do drugiego człowieka (Wojciszke, 2005). Atrakcyjność psychofizyczną rozumiemy jako pozytywny stosunek wobec atrybutów natury psychicznej i fizycznej.

Autorska metoda służąca do pomiaru samooceny atrakcyjności psychofizycznej i oceny atrakcyjności psychofizycznej partnera powstała w 2012 roku (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2015). W ankiecie internetowej zadano pytanie: „Co sprawia, że Twoja partnerka / Twój partner jest dla Ciebie atrakcyjna/atrakcyjny?”. W badaniu uczestniczyło 51 osób. Najczęściej pojawiające się odpowiedzi pogrupowano w 12 kategorii. W badaniu pilotażowym udział wzięło 90 kobiet i 77 mężczyzn w wieku 21–72 lata, pozostających w heteroseksualnych związkach o stażu od pół roku do 42 lat. Zadaniem osoby badanej było dokonanie oceny atrakcyjności własnej i atrakcyjności partnera w wymienionych kategoriach za pomocą pięciostopniowej skali Likerta. Na zebranych wynikach przeprowadzono analizy statystyczne. Analiza czynnikowa wskazała na istnienie trzech czynników, które dalej zostały nazwane:

- atrakcyjnością wizerunku (rysy twarzy, czystość skóry, styl ubierania, zapach, higiena),
- atrakcyjnością sprawności i witalności fizycznej (witalność, wymiary ciała, sprawność fizyczna, koordynacja ruchów),
- atrakcyjnością psychiczną (charakter, inteligencja, zainteresowania).

Podsumowując, w wyniku przeprowadzonych analiz uzyskano dwie wersje *Kwestionariusza atrakcyjności psychofizycznej* (zob. załącznik 1). Przy użyciu pierwszej wersji osoba badana dokonuje samooceny atrakcyjności psychofizycznej, natomiast za pomocą drugiej ocenia atrakcyjność psychofizyczną partnera. Obie wersje metody zawierają 12 pozycji. Osoba badana ustosunkowuje się do nich za pomocą pięciostopniowej skali Likerta. Na skalę atrakcyjność wizerunku składają się cztery pozycje. Skala atrakcyjność sprawności i witalności fizycznej zawiera pięć pozycji. Skala atrakcyjność psychiczna obejmuje trzy pozycje.

Tabela 8
Skale Kwestionariusza atrakcyjności psychofizycznej i przypisane do nich pozycje

Nazwa skali	Numer pozycji
Atrakcyjność psychiczna	1, 3, 6
Atrakcyjność sprawności i witalności fizycznej	2, 4, 5, 2
Atrakcyjność wizerunku	7, 8, 9

Źródło: opracowanie własne.

Suma ocen we wszystkich skalach/czynnikach składa się na wynik globalny samooceny atrakcyjności psychofizycznej lub oceny atrakcyjności psychofizycznej partnera. Rzetelność metody zmierzona została poprzez obliczenie współczynnika alfa Cronbacha i świadczy o wysokiej spójności kwestionariusza.

Tabela 9

Statystyki rzetelności Kwestionariusza samooceny atrakcyjności psychofizycznej i Oceny atrakcyjności psychofizycznej partnera

Współczynnik alfa Cronbacha		
	Ocena atrakcyjności psychofizycznej partnera	Samoocena atrakcyjności psychofizycznej
Wynik globalny	0,89	0,87
Atrakcyjność psychiczna	0,74	0,67
Atrakcyjność sprawności i witalności fizycznej	0,83	0,83
Atrakcyjność wizerunku	0,85	0,83

Źródło: opracowanie własne.

7.3. Kwestionariusz praktyk seksualnych

Za Zbigniewem Lwem-Starowiczem (2003) praktyki seksualne definiujemy jako sztukę współżycia seksualnego, na którą składają się techniki gry wstępnej i pobudzania seksualnego. Autorski kwestionariusz (Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2015) stworzono na podstawie *Skali bodźców seksualnych* autorstwa Lwa-Starowicza (1985). Metoda składa się z 13 pozycji określających nazwy praktyk/zachowań seksualnych. W badaniu pilotażowym wzięło udział 90 kobiet i 77 mężczyzn w wieku 21–72 lata, pozostających w heteroseksualnych związkach o stażu od pół roku do 42 lat. Osoba badana zaznaczała na pięciostopniowej skali Likerta częstość, z jaką jej aktywności seksualnej towarzyszyły określone zachowania/praktyki, oceniała stopień doznawanej z nich przyjemności oraz stopień przyjemności czerpanej z nich przez partnera. Analiza czynnikowa wykazała istnienie trzech czynników, nazwanych dalej:

- grą wstępną (przytulanie, pocałunki twarzy, pocałunki w usta, pocałunki ciała, głaskanie ciała),
- aktem seksualnym (dotyk genitaliów, pieszczoty oralne, pobudzanie genitaliów dłonią przez partnera, wprowadzenie członka do pochwy, zmiana pozycji seksualnej),
- zachowaniami autoseksualnymi (samodzielne pobudzanie własnych genitaliów dłonią, użycie gadżetów erotycznych, realizacja fantazji erotycznych).

Ostateczna wersja metody obejmuje 13 pozycji, które zawierają się w trzech skalach – gry wstępnej (pięć pozycji), aktu seksualnego (pięć pozycji), zachowań autoerotycznych i eksploracyjnych (trzy pozycje) i składa się z trzech części (zob. załącznik 1).

Tabela 10

Skale Kwestionariusza praktyk seksualnych i przypisane do nich pozycje

Nazwa skali	Numer pozycji
Gra wstępna	1, 2, 3, 4, 5
Akt seksualny	6, 7, 8, 10, 11
Zachowania autoerotyczne i eksploracyjne	9, 12, 13

Źródło: opracowanie własne.

Przy użyciu pierwszej części metody osoba badana określa na pięciostopniowej skali Likerta nasilenie, z jakim jej aktywności seksualnej towarzyszą deklarowane, określone zachowania seksualne. W drugiej części kwestionariusza dokonuje przy pomocy tej samej skali oceny przyjemności własnej doświadczanej z tychże praktyk seksualnych. Trzecia część metody służy do oceny (również na pięciostopniowej skali Likerta) przyjemności doświadczanej przez partnera z deklarowanych określonych zachowań seksualnych. Wartość współczynników alfa Cronbacha świadczy o wysokiej spójności kwestionariusza.

Tabela 11

Statystyki rzetelności Kwestionariusza praktyk seksualnych

	Współczynnik alfa Cronbacha		
	Nasilenie	Przyjemność własna	Przyjemność partnera
Gra wstępna	0,95	0,90	0,93
Akt seksualny	0,90	0,88	0,88
Zachowania autoerotyczne i eksploracyjne	0,60	0,80	0,80

Źródło: opracowanie własne.

Zakończenie

Satysfakcja seksualna stanowi wielowymiarowy konstrukt obejmujący komponenty zarówno psychologiczne, biologiczne jak i te osadzone w kontekście społeczno-kulturowym. Współczesna psychologia – szczególnie w nurtach holistycznym i salutogenetycznym – ujmuje satysfakcję seksualną jako wieloaspektowe doświadczenie egzystencjalne. Jest ona ważnym komponentem dobrostanu psychicznego i jakości relacji interpersonalnych. Liczne badania wskazują, że osoby deklarujące wysoką ocenę zadowolenia z życia seksualnego cechują się lepszym ogólnym samopoczuciem, wyższą oceną jakości własnego życia i jakości bliskiego związku. Satysfakcja seksualna będąca poznawczo-emocjonalną oceną własnych doświadczeń seksualnych jest też kluczowym subiektywnym wyznacznikiem zdrowia seksualnego.

Jak wykazano w niniejszej pracy, poziom satysfakcji seksualnej uwarunkowany jest szeregiem czynników, w tym m.in. jakością życia, zdrowiem psychicznym i somatycznym, obecnością objawów dysfunkcji seksualnych. Nie bez znaczenia jest też charakterystyka systemu rodzinnego – model wychowania i odebrana edukacja seksualna. W znaczącym stopniu satysfakcja seksualna zależy również od samooceny atrakcyjności psychofizycznej i oceny atrakcyjności partnera/partnerki, podejmowanych praktyk seksualnych oraz oceny jakości bliskiego związku. Ważny jest też staż i typ związku, a także płeć. W przypadku osób z grupy mniejszości seksualnych, płciowych i relacyjnych wpływ na doświadczaną satysfakcję seksualną mają – oprócz wyżej wymienionych czynników – dodatkowo stres mniejszościowy i postrzegane wsparcie społeczne.

Zgromadzone dane empiryczne oraz przegląd literatury przedmiotu wskazują, iż satysfakcja seksualna nie jest stanem statycznym, lecz dynamicznym procesem ulegającym przemianom w trakcie cyklu życia jednostki. W ujęciu teorii potrzeb satysfakcja seksualna może być rozpatrywana zarówno jako potrzeba fizjologiczna, jak i przejaw wyższych potrzeb – przynależności oraz samorealizacji.

Zrozumienie psychologicznych determinant satysfakcji seksualnej wymaga zatem poznania szerokiego kontekstu funkcjonowania osób – ich dobrostanu, jakości relacji partnerskich czy też zdrowia psychicznego. Wnioski płynące z przeprowadzonych analiz mogą stanowić użyteczne narzędzie w praktyce klinicznej psychologów, seksuologów oraz terapeutów par, którzy podejmują się wspierania osób w diagnozie, interweniowania w obszarze trudności seksualnych i stymulowania rozwoju zdrowia seksualnego.

Podsumowując, można stwierdzić, że satysfakcja seksualna powinna być postrzegana jako istotny komponent jakości życia, który wymaga uwzględnienia zarówno subiektywnych

ocen, jak i obiektywnych wskaźników. W świetle rosnącej potrzeby zintegrowanego podejścia do seksualności, przy jednoczesnym poszanowaniu różnic indywidualnych w obszarze życia seksualnego, dalsze badania uwzględniające zmienne płciowe, kulturowe, tożsamościowe i rozwojowe wydają się nie tylko zasadne, lecz wręcz konieczne, zwłaszcza wobec akcentowanych współcześnie holistycznych i salutogenetycznych modeli zdrowia koncentrujących się na dobrostanie i zasobach jednostki. Takie podejście daje pełniejszy obraz satysfakcji seksualnej i jej uwarunkowań.

Aneksy

Załącznik 1. Autorskie kwestionariusze badawcze

Kwestionariusz atrakcyjności psychofizycznej

Opracowanie: A. Nomejko, G. Dolińska- Zygmunt

Proszę ocenić, w jakim stopniu Pani/Pana partner/ka jest dla Pani/Pana atrakcyjny/atrakcyjna w wymienionych kategoriach, poprzez zaznaczenie odpowiedniej cyfry.

1 – nieatrakcyjny, 2 – mało atrakcyjny, 3 – średnio atrakcyjny, 4 – atrakcyjny, 5 – bardzo atrakcyjny

1. Charakter

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Witalność (energia)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Inteligencja

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Wymiary ciała (obwód talii, bioder, klatki piersiowej, brzucha)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Sprawność fizyczna

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Zainteresowania

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Rysy twarzy

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Czystość cery

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Styl ubierania się

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Zapach

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Higiena

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Koordynacja ruchów

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Na ile Pani/Pan czuje się atrakcyjna/atrakcyjny w wymienionych kategoriach?

1 – nieatrakcyjny, 2 – mało atrakcyjny, 3 – średnio atrakcyjny, 4 – atrakcyjny, 5 – bardzo atrakcyjny

1. Charakter

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Witalność (energia)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Inteligencja

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Wymiary ciała (obwód talii, bioder, klatki piersiowej, brzucha)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Sprawność fizyczna

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Zainteresowania

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Rysy twarzy

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Czystość cery

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Styl ubierania się

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Zapach

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Higiena

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Koordynacja ruchów

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kwestionariusz satysfakcji seksualnej

Opracowanie: A. Nomejko, G. Dolińska- Zygmunt

Poniższe stwierdzenia związane są z różnymi aspektami życia seksualnego. Proszę zaznaczyć, w jakim stopniu opisują one Panią/Pana, poprzez zakreślenie przy każdym z nich jednej odpowiedzi.

1 – zupełnie tak nie jest; **2** – raczej tak nie jest; **3** – raczej tak jest; **4** – zdecydowanie tak jest

Lp.	Pytanie	Odpowiedź			
1.	Niepokoje mnie jakiś element mojego życia seksualnego	1	2	3	4
2.	Seks jest dla mnie źródłem przyjemności	1	2	3	4
3.	Myślenie o seksie wywołuje we mnie negatywne emocje	1	2	3	4
4.	Czuję się atrakcyjny/atrakcyjna seksualnie	1	2	3	4
5.	Myślę o sobie jako o kiepskim partnerze seksualnym	1	2	3	4
6.	Nie mam problemów w życiu intymnym	1	2	3	4
7.	Lubię myśleć o moim życiu seksualnym	1	2	3	4
8.	Moje życie seksualne mnie frustruje	1	2	3	4
9.	Obawiam się, że nie zadowolam mojego partnera/partnerki seksualnej	1	2	3	4
10.	Uważam moje życie seksualne za udane	1	2	3	4

Kwestionariusz praktyk seksualnych

(opracowanie A. Nomejko)

Proszę zaznaczyć na skali 1-5 jak często Pani/ Pana aktywności seksualnej towarzyszą poniższe zachowania.

- 1 - Bardzo rzadko lub nigdy
- 2 - Rzadko
- 3 - Czasami
- 4 - Często
- 5 - Bardzo często

Proszę zaznaczyć na skali 1-5 jak przyjemna dla Pani/Pana jest obecność określonych zachowań w czasie aktywności seksualnej.

- 1 - Bardzo nieprzyjemna
- 2 - Nieprzyjemna
- 3 - Ani przyjemna, ani nieprzyjemna
- 4 - Przyjemna
- 5 - Bardzo przyjemna

Proszę zaznaczyć na skali 1-5 jak Pani/Pana zdaniem przyjemna jest dla partnera/partnerki obecność określonych zachowań w czasie aktywności seksualnej.

- 1 - Bardzo nieprzyjemna
- 2 - Nieprzyjemna
- 3 - Ani przyjemna, ani nieprzyjemna
- 4 - Przyjemna
- 5 - Bardzo przyjemna

Przytulanie	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pocałunki twarzy	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pocałunki w usta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pocałunki ciała	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Głaskanie ciała	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Dotyk genitaliów	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pieszczoty genitaliów ustami	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pobudzanie genitaliów drugiej osoby dłońią	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pobudzanie swoich genitaliów	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Wprowadzanie członka do pochwy	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Pozycje inne niż klasyczna	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Użycie gadżetów erotycznych	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Realizacja fantazji erotycznych	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Bibliografia

- Adams, C., Turner, B. (1988). Reported change in preferred sexual activity over adult years. *The Journal of Sex Research*, 25, 2, 289–303.
- Arrington, R., Cofrancesco, J., Wu, A. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 1643–1658. <http://doi.org/10.1007/s11136-004-7625-z>
- Bai, Y., Kim, C., Cao, P., Chum, A. (2025). Rings and rebuttals: A quasi-experimental study on the psychological impact of marriage equality on low-income black sexual minorities in the United Kingdom. *Archives of Sexual Behavior*, 54, 423–431.
- Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. ElsevierUrban & Partner.
- Barcelos, T., de Oliveira, B., Jorge, C., Franceschini, S., Troncon, J., Ferriani, R., da Silva L. (2024). Evaluation of sexual function of transgender individuals. *International Urogynecology Journal*, 35(8), 1663–1671. DOI: <http://doi.org/10.1007/s00192-024-05857-6>
- Basson, R., Brotto, L., Laan E., Redmond G., Utian, W. (2005). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *Journal of Sex Medicine*, 2, 291–300. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x>
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 51–65. <http://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Baumeister, R., Campbell, J., Krueger, J., Vohs, K. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44.
- Beisert, M. (2023). *Rozwój seksualny w okresie dzieciństwa: Praktyczna analiza teoretyczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.
- Beisert, M. (2022). *Masturbacja dziecięca: Od diagnozy do interwencji*. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.
- Beisert, M. (2017). Rozwój psychoseksualny człowieka: Kryteria dojrzałości psychoseksualnej. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 131–133). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Beisert, M. (2010). Rozwój psychoseksualny człowieka. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 83–91). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Beisert, M. (2006). W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 7–32). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Beisert, M. (1991). *Seks twojego dziecka*. Zakład Wydawniczy K. Domke.
- Birnie-Poter, C., Hunt, M. (2015). Does relationship status matter for sexual satisfaction?: The roles of intimacy and attachment avoidance in sexual satisfaction across five types of ongoing sexual relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 174–183. <http://doi.org/10.3138/cjhs.242-A5>
- Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *Journal of Sex Research*, 41(3), 279–288. <http://doi.org/10.1080/00224490409552235>
- Buczak-Stec, E. W., König, H. H., Hajek, A. (2023). Sexual satisfaction among sexual minority and heterosexual middle-aged and older adults. *Innovation in Aging*, 7(2), igad010. <http://doi.org/10.1093/geroni/igad010>

- Burke, T., Young, V. (2012). Sexual transformations and intimate behaviors in romantic relationships. *Journal of Sex Research*, 49(5), 454–463. <http://doi.org/10.1080/00224499.2011.569977>
- Buss, D. M. (2007). *Ewolucja pożądania: Jak ludzie dobierają się w pary*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Byers, S. (1999). The interpersonal exchange model of sexual satisfaction: Implications for sex therapy with couples. *Canadian Journal of Counselling*, 33(2), 95–110.
- Byers, S., Rehman, U. (2014). Sexual well-being. W: D. Tollman, L. Diamond (red.), *American Psychological Association handbook of sexuality and psychology*. T. 1: *Person based approaches* (s. 317–337). American Psychological Association.
- Carnes, P. (2009). *Od nałogu do miłości*. Media Rodzina.
- Cedeño Freire, C. P., Flores Bonilla, D. A. (2025). *Factores biopsicosociales y su relación con el orgasmo femenino: Una revisión sistemática*. Universidad Católica de Cuenca.
- Cichocka, M. (2006). Biopsychospołeczne uwarunkowania seksualności ludzi starych. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 213–236). Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Mark, K., Corona-Vargas, E., Cruz, M. (2021). Integrating sexual pleasure for quality & inclusive comprehensive sexuality education. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 555–564. <http://doi.org/10.1080/19317611.2021.1921894>
- Croteau, T., Morrison, T. (2025). The relationship between sexual minority stress and sexual satisfaction: A meta-analytic review. *The Journal of Sex Research*, 1–13.
- Daniel, S., Bridges, S. (2012). The relationships among body image, masculinity and sexual satisfaction among men. *Psychology of Men & Masculinity*, 1–11.
- Davis, D., Shaver, P., Widaman, K., Vernon, M., Follette, W., Beitz, K. (2006). “I can’t get no satisfaction”: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13, 465–483. <http://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00130.x>
- DeLamater, J., Friedrich, W. (2008). Human sexual development. *The Journal of Sex Research*, 39, 1, 10–14.
- DeLamater, J., Karraker, A. (2009). Sexual functioning in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 6–11. <http://doi.org/10.1007/s11920-009-0002-4>
- DeLamater, J., Moorman, S. (2007). Sexual behavior in later life. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 921–945. <http://doi.org/10.1177/0898264307308342>
- DeLamater, J., Hyde, J., Fong, M. (2008). Sexual satisfaction in the seventh decade of life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(5), 439–454. <http://doi.org/10.1080/00926230802156251>
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, 49(2–3), 125–141. <http://doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dolińska-Zygmunt, G., Nomejko, A. (2012). Satysfakcja seksualna i samoocena a poczucie jakości życia. W: N. Ogińskiej-Bulik, J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 171–180). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dolińska-Zygmunt, G., Nomejko, A. (2011). Sexual satisfaction’s contribution to a sense of quality of life in early adulthood. *Polish Journal of Applied Psychology*, 9(1), 65–73.
- Dundon, C., Rellini, A. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of woman age 40–70. *Journal of Sex Medicine*, 7, 896–904. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01557.x>

- Epstein, N., Falconier, M. (2024). *Treatment plans and interventions in couple therapy: A cognitive-behavioral approach*. The Guilford Press.
- Eskandar, K. (2025). Genetic Contributions to the stability and satisfaction in sexual relationships. *Global Medical Genetics*, 12(2), 100043. <http://doi.org/10.1016/j.gmg.2025.100043>
- Farley, F., Davis, A. (1980). Personality and sexual satisfaction in marriage. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 6(1), 56–62. <http://doi.org/10.1080/00926238008404246>
- Ferenidou, F. (2008). Presence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. *Journal of Sex Medicine*, 5(3), 631–639. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00644.x>
- Gałecki, P., Szulc, A. (2018). *Psychiatria*. Edra Urban& Partner.
- George, W., Norris, J., Nguyen, H., Masters, T., Davis, K. (2014). *Sexuality and health*. W: D. Tollman, L. Diamond (red.), *American Psychological Association handbook of sexuality and psychology*. T. 1: *Person based approaches*. American Psychological Association.
- Główny Urząd Statystyczny. (2014). *Rocznik demograficzny*. Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Gonçalves, J., Costa, P., Leal, I. (2020). Minority stress in older Portuguese gay and bisexual men and its impact on sexual and relationship satisfaction. *Sexuality Research and Social Policy*, 17, 209–218.
- Gossmann, I., Mathieu, M., Julien, D., Chartrand, E. (2003). Determinants of sex initiation frequencies and sexual satisfaction in long-term couples relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12(3–4), 169–181.
- Grabski, B., Kasperek, K., Müldner-Nieckowski, Ł., Iniewicz, G. (2019). Sexual quality of life in homosexual and bisexual men: The relative role of minority stress. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 860–871. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.274>
- Grabowska, M. (2007). *Stereotypy płci we wczesnej dorosłości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Gulczyńska, A., Jankowiak, B. (2006). Związek poczucia koherencji z wybranymi aspektami seksualności studentów. *Seksuologia Polska*, 4(1), 6–12.
- Gurba, E. (2012). *Wczesna dorosłość*. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 287–311). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Haavio-Mannila, E., Kontula, O. (1997). What increases sexual satisfaction? *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 1–30.
- Halpern, C., Kaestle, C. E. (2014). Sexuality in emerging adulthood. W: D. Tollman, L. Diamond (red.), *American Psychological Association handbook of sexuality and psychology* (t. 1: *Person-based approaches*, s. 487–522). Tom 1: *Person-based approaches*. American Psychological Association.
- Hensel, D., Fortenberry, D. (2014). *Life-span sexuality through a sexual health perspective*. W: D. Tollman, L. Diamond (red.), *American Psychological Association handbook of sexuality and psychology* (t. 1: *Person-based approaches*, s. 385–413). American Psychological Association.
- Hess, J., Coffelt, T. (2012). Verbal communication about sex in marriage: Patterns of language use and its connection with relational outcomes. *Journal of Sex Research*, 49(6), 603–612. <http://doi.org/10.1080/00224499.2011.619282>
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson, J. K., Sr., Moore, N. B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American Journal of Public Health*, 101(9), 1643–1654. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300154>

- Holt, A., Lyness, K. (2007). Body image and sexual satisfaction: Implications for couple therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 6(3), 45–68.
- Imieliński, K. (1990). *Seksiatria*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Imieliński, K. (1985). (red.). *Seksuologia: Zarys encyklopedyczny*. PWN.
- Imieliński, K. (1984). Kulturowo-medyczne aspekty seksuologii. W: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Impett, E., Muise, A., Peragine, D. (2014). *Sexuality in the context of relationships*. W: D. Tollman, L. Diamond (red.), *American Psychological Association handbook of sexuality and psychology* (t. 1: *Person-based approaches*, s. 269–315). American Psychological Association.
- Izdebski, Z. (2012). *Seksualność Polaków na początku XXI wieku: Studium badawcze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Jakima, S., Lew-Starowicz, M. (2010). *Dysfunkcje seksualne w depresji*. Wydawnictwo MOST.
- Janicka, I., Cieślak, M. (2020). Satysfakcja seksualna i jej znaczenie w bliskich związkach emocjonalnych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 25(4), 389–405. <http://doi.org/10.14656/PFP20200401>
- Jerome, R., Randhawa, M., Kowalczyk, J., Sinclair, A., Monga, I. (2022). Sexual satisfaction after gender affirmation surgery in transgender individuals. *Curēus*, 14(7), e27365. <http://doi.org/10.7759/cureus.27365>
- Ji, J., Norling, M. (2004). Sexual satisfaction of married urban Chinese. *Journal of Developing Societies*, 20, 21–38. <http://doi.org/10.1177/0169796X04048301>
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. Brunner/ Mazel.
- Kedde, H., Berlo, W. (2006). Sexual satisfaction and sexual self-images of people with physical disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, 24(1), 53–68. <http://doi.org/10.1007/s11195-005-9003-3>
- Kępiński, A. (2003). *Z psychopatologii życia seksualnego*. Wydawnictwo Literackie.
- Kossat, J. (2019). *Seksualność*. Elsevier Essentials.
- Kratochvil, S. (2002). *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Wydawnictwo ISKRY.
- Kucz, E. (2006). Biologiczne aspekty seksualności człowieka. W: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (s. 34–63). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kuczyńska, A. (1998). *Sposób na bliski związek*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Kuczyńska, A. (1992a). *Inwentarz do oceny płci psychologicznej: Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych: Warszawa.
- Kuczyńska, A. (1992b). Koncepcja jakości życia w psychoseksuologii. W: A. Kuczyńska (red.), *Psychologiczne aspekty funkcjonowania w rodzinie* (s. ...). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Kuczyńska, A., Kaczmarek, I. (2001). Doświadczenia seksualne, satysfakcja z życia seksualnego a jakość związku. *Polskie Forum Psychologiczne*, 1(6), 9–26.
- Kuczyńska, A., Dzikowska, K. (2004). *Zrozumieć płęć: Studia interdyscyplinarne II*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 145–161. <http://doi.org/10.1007/s10508-005-9005-3>
- Lawrance, K., Byers, E. (1995). Sexual satisfaction in long-term relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267–285. <http://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>

- Li, D. H., Remble, T. A., Macapagal, K., Mustanski, B. (2019). Stigma on the streets, dissatisfaction in the sheets: Is minority stress associated with decreased sexual functioning among young men who have sex with men? *The Journal of Sexual Medicine*, 16(2), 267–277. <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.12.010>
- Leiblum S., Rosen R. (2005). *Terapia zaburzeń seksualnych*. GWP.
- Lew-Starowicz, M. (2010). *Seksualność w chorobach przewlekłych*. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 153–157). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lew-Starowicz, M., Rola, R. (2012). Jakość życia seksualnego u kobiet chorujących na stwardnienie rozsiane. *Przegląd Menopauzalny*, 5, 381–387. <http://doi.org/10.5114/pm.2012.31463>
- Lew-Starowicz, Z. (2007). Zdrowie seksualne: Historia, kryteria, promocja. W: J. Rzepka (red.), *Zdrowie seksualne* (s. 7–14). Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hłonda w Mysłowicach.
- Lew-Starowicz, Z. (2006). Zaburzenia seksualne. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria: Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 401–413). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lew-Starowicz, Z. (2005). Terapia integralna w seksuologii. *Przegląd Seksuologiczny*, 1, 5–10.
- Lew-Starowicz, Z. (2004). Zdrowie seksualne – trudny problem dla lekarzy. *Seksuologia Polska*, 2(2), 33–38.
- Lew-Starowicz, Z. (2003). *Vademecum sztuki miłosnej*. Wydawnictwo Cztery Strony Świata.
- Lew-Starowicz, Z. (2000). *Seksuologia sądowa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lew-Starowicz, Z. (2000). *Seks w jesieni życia*. Dom Wydawniczy Bellona.
- Lew-Starowicz, Z. (1997). *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Lew-Starowicz, Z. (1988). *Seks dojrzały*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Lew-Starowicz, Z. (1987). *Seks w kulturach świata*. Zakład Narodowy Im. Ossolińskich.
- Lew-Starowicz, Z. (1985). *Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Lew-Starowicz, Z., Przyłuska-Fischer, A., Stusiński, J. (2014). *Normy i kontrowersje etyczne w seksuologii*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mallory, A. (2022). Dimensions of couples' sexual communication, relationship satisfaction, and sexual satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 36(3), 358–371. <http://doi.org/10.1037/fam0000946>
- Mark, K., Vowels, M., Murray, S. H. (2018). The impact of attachment style on sexual satisfaction and sexual desire in a sexually diverse sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(5), 450–458. <http://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405310>
- Masters, W., Johnson, V. (1975). *Współżycie seksualne człowieka*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- McCarthy, B. (2015). *Sex made simple: Clinical strategies for sexual issues in therapy*. PESI Publishing & Media.
- McCarthy, B., Wald, L. (2012). Sexual desire and satisfaction: The balance between individual and couple factors. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(4), 310–321. <http://doi.org/10.1080/14681994.2012.738904>
- Meltzer, A., McNulty, J. (2010). Body image and marital satisfaction: Evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 24(2), 156–164. <http://doi.org/10.1037/a0019063>
- Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

- Metz, M., Epstein, N., McCarthy, B. (2017). *Cognitive-behavioral therapy for sexual dysfunction*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Metz, M., McCarthy, B. (2007). The Good Enough Sex Model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(3), 351–362. <http://doi.org/10.1080/14681990601013492>
- Moin, V., Duvdevany, I., Mazor, D. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality and Disability*, 27, 83–95. <http://doi.org/10.1007/s11195-009-9112-5>
- Narvaez-Rehbein, R., Garcia-Vazquez, E., Madson, L. (2006). The relation between self-esteem and sexual functioning in collegiate woman. *The Journal of Social Psychology*, 146(2), 250–252. <http://doi.org/10.3200/SOCP.146.2.250-252>
- Newcomb, M., Swann, G., Ma, J., Moskowitz, D., Bettin, E., Macapagal, K., Whitton, S. (2021). Interpersonal and intrapersonal influences on sexual satisfaction in young male couples: Analyses of actor-partner interdependence models. *Journal of Sex Research*, 58(2), 183–194. <http://doi.org/10.1080/00224499.2020.1820933>
- Nęcki, Z. (1990). *Wzajemna atrakcyjność*. Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Nikkelen, S., Kreukels, B. (2018). Sexual experiences in transgender people: The role of desire for gender-confirming interventions, psychological well-being, and body satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 44(4), 370–381. <http://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405303>
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43(1), s. 68–75. <http://doi.org/10.1080/00224490609552300>
- Nomejko, A., Dolińska-Zygmunt, G. (2019). *Satysfakcja seksualna kobiet i mężczyzn w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości – uwarunkowania psychospołeczne: Komu i kiedy seks przynosi radość?* Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Nomejko, A., Dolińska-Zygmunt, G. (2015). Psycho-social determinants of sexual satisfaction in young, middle and late adulthood. *Polish Journal of Applied Psychology*, 13(2), 47–68. <http://doi.org/10.1515/pjap-2015-0029>
- Nomejko, A., Dolińska-Zygmunt, G. (2014). The Sexual Satisfaction Questionnaire – psychometric properties. *Polish Journal of Applied Psychology*, 12(3), 105–112. <http://doi.org/10.1515/pjap-2015-0017>
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43(1), 68–75. <http://doi.org/10.1080/00224490609552300>
- Nowosielski, K. (2010). *Fizjologia reakcji seksualnej kobiet*. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 101–111). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Obuchowski, K. (1984). Psychologiczne problemy seksuologii. W: K. Imieliński (red.), *Seksuologia społeczna* (s. 219–269). Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Oettingen, J. (2013). Dysfunkcje seksualne – podejście oparte na teorii poznawczej. *Seksuologia Polska*, 11(2), 68–75.
- Olejnik, M. (2012). Średnia dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 312–323). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pascoal, P., De Santa Barbara Narciso, I., Pereira, N. (2014). What is sexual satisfaction?: Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of Sex Research*, 51, 22–30. <http://doi.org/10.1080/00224499.2013.815149>
- Plopa, M. (2017). Kwestionariusz satysfakcji seksualnej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22(4), 519–543.
- Plopa, M. (2005). *Psychologia rodziny*. Impuls.

- Pujols, Y., Seal, B. N., Meston, C. M. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 905–916. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>
- Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Rausch, D., Rettenberger, M. (2021). Predictors of sexual satisfaction in women: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 9(3), 365–380. <http://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.01.001>
- Rosen, C., Bachmann, G. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 291–297. <http://doi.org/10.1080/00926230802096234>
- Sanchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P., Carlos Sierra, J. (2013). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67–75. [http://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](http://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
- Rostowski, J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa*. PWN.
- Seligman, M., Walker, E., Rosenhan, D. (2003). *Psychopatologia*. Zysk i spółka.
- Set, Z., Gürbüz, S. (2025). Exploring the relationship between PMS symptoms and sexual satisfaction and personality traits in women aged 18–35. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 15(76). <http://doi.org/10.17066/tpdrd.1452439>
- Schmidt, G. (1974). Sexuelle Motivation und Kontrolle. *Sexualmedizin*, 3, 60–65.
- Schwartz, P., Diefendorf, S., McGlynn-Wright, A. (2014). Sexuality in aging. W: D. Tollman, L. Diamond (red.), *American Psychological Association handbook of sexuality and psychology*. Tom 1: *Person-based approaches*.
- Snarch, D. (2005). Problemy dotyczące pożądania: Perspektywa systemowa. W: S. Leiblum, R. Rosen (red.), *Terapia zaburzeń seksualnych* (s. 35–78). GWP.
- Skrzypulec, V., Nowosielski, K. (2009). Cykl reakcji seksualnej u kobiety. *Ginekologia Polska*, 80(6), 440–444.
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *Journal of Sex Research*, 39(3), 190–196. <http://doi.org/10.1080/00224490209552141>
- Stephenson, K., Metson, C. (2011). The association between sexual costs and sexual satisfaction in women: An exploration of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 20(1), 31–40.
- Sternberg, R. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119–135. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.93.2.119>
- Straś-Romanowska, M. (2012). Późna dorosłość. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 326–350). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Straś-Romanowska, M. (2006). Późna dorosłość: Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka: Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 210–223). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Straś-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. *Kolokwia psychologiczne*, 13, 261–274.
- Ślósarz, W. (2003). Zależność między potrzebą seksualną a wyznacznikami aktywności seksualnej. *Seksuologia Polska*, 1(2), 63–68.

- Tolman, D., Diamond, L. (2014). Sexuality theory: A review, a revision, and a recommendation. W: D. Tollman, L. Diamond, L. (red.), *American Psychological Association Handbook of Sexuality and Psychology*. Tom 1: *Person-based approaches*. American Psychological Association.
- UNESCO. (2018). *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. <http://doi.org/10.54675/UQRM6395>
- Young, M., Young, T., Denny G., Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies*, 16(2), 73–83.
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior*, 27(3), 295–307. <http://doi.org/10.1023/a:1018655219133>
- World Association for Sexual Health. (2014). *Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka*. Pobrane z: www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_f61edff244b244528a7b774f792999ba.pdf?index=true
- World Health Organization. (2010). *Measuring Sexual Health: Conceptual and practical considerations and related indicators*, 1–15.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. World Health Organization.
- Wojciszke, B. (2005). *Psychologia miłości*. GWP.
- Wójcik, N. (2021). The relationship between body image, life satisfaction, and sexual satisfaction. *Journal of Physical Education and Health*, 10(18), 28–32. <http://doi.org/10.5281/zenodo.6656579>
- Zdrojewicz, Z., Lelkowska, K. (2008). Płeć psychologiczna a preferowane bodźce seksualne. *Seksuologia Polska*, 6(1), 14–20.
- Zdrojewicz, Z., Lelkowska, K. (2006). Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych. *Seksuologia Polska*, 4(2), 69–79.
- Zhang, H., Ho, P., Yip, P. (2012). Does similarity breed marital and sexual satisfaction? *Journal of Sex Research*, 49(6), 583–593. <http://doi.org/10.1080/00224499.2011.574240>

Spis rysunków

<i>Rysunek 1. Model reakcji seksualnej mężczyzn wg Mastersa i Johnson.</i>	
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie Masters, Johnson, 1975.</i>	<i>19</i>
<i>Rysunek 2. Model reakcji seksualnej kobiet autorstwa Basson.</i>	
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie Basson, 2000.</i>	<i>20</i>
<i>Rysunek 3. Poznawczy model reakcji seksualnych.</i>	
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie Metz, Epstein, McCarthy, 2017.....</i>	<i>21</i>
<i>Rysunek 4. Schematyczny model rozwoju seksualnego.</i>	
<i>Źródło: Bancroft, 2011, s. 153.</i>	<i>29</i>
<i>Rysunek 5. Biopsychospołeczny model uwarunkowań zdrowia seksualnego.</i>	
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie Metz, Epstein, McCarthy, 2017.....</i>	<i>37</i>
<i>Rysunek 6. Linearny model cyklu reakcji seksualnej a dysfunkcje seksualne.</i>	
<i>Źródło: opracowanie własne na podstawie Metz, Epstein, McCarthy, 2017.....</i>	<i>48</i>
<i>Rysunek 7. Wielowymiarowy model zależności – satysfakcja seksualna kobiet.</i>	
<i>Źródło: opracowanie własne.</i>	<i>76</i>
<i>Rysunek 8. Wielowymiarowy model zależności – satysfakcja seksualna mężczyzn.</i>	
<i>Źródło: opracowanie własne.</i>	<i>77</i>

Spis tabel

Tabela 1 Zmienne powiązane z satysfakcją seksualną skategoryzowane w oparciu o poziomy teorii ekologicznej autorstwa Bronfenbrenner'a	39
Tabela 2 Style wychowania seksualnego	54
Tabela 3 Jakość bliskiego związku - zestawienie predyktorów satysfakcji seksualnej kobiet i mężczyzn w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości	64
Tabela 4 Praktyki seksualne- zestawienie predyktorów seksualnej kobiet i mężczyzn w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości	69
Tabela 5 Moc dyskryminacyjna pytań	82
Tabela 6 Normy Kwestionariusza Satysfakcji Seksualnej.....	83
Tabela 7 Korelacja Pearsona pomiędzy satysfakcją seksualną a poczuciem jakości życia i jego wymiarami dla mężczyzn i kobiet	84
Tabela 8 Skale Kwestionariusza Atrakcyjności Psychofizycznej i przypisane do nich pozycje.....	85
Tabela 9 Statystyki rzetelności Kwestionariusza Samooceny Atrakcyjności Psychofizycznej i Oceny Atrakcyjności Psychofizycznej Partnera	86
Tabela 10 Skale Kwestionariusza Praktyk Seksualnych i przypisane do nich pozycje.....	87
Tabela 11 Statystyki rzetelności Kwestionariusza Praktyk Seksualnych.....	87

ISBN 978-83-68668-18-6