

Ewelina FLATOW

**ZDROWIE SEKSUALNE.
ANALIZA PORÓWNAWCZA WYBRANYCH
ASPEKTÓW SEKSUALNOŚCI
STUDENTÓW W POLSCE I WE FRANCJI**



Poznań 2013

Recenzje

prof. dr hab. Małgorzata Suświłło
dr hab. Grażyna Miłkowska

Projekt okładki

Joanna Popiołek

Skład komputerowy

Marta Walachowska

Copyright©2013by



Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa
All rights reserved

ISBN: 978-83-61304-68-5



Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa
ul. Wyspiańskiego 16/6, 60-750 Poznań
tel. 61 851 05 18
e-mail: wydawnictwo@wsb.net.pl
www.wsb.net.pl

Druk i oprawa
"ESUS" Agencja Reklamowo – Wydawnicza
ul. Wierzbicice 35, 61-855 Poznań
tel./fax. 61 835 35 36
www.esus.pl

Wydanie pierwsze
Druk ukończono w sierpniu 2013 r.

*Możemy szanować człowieka, dlatego że jest od nas odmienny,
i możemy go rozumieć, ponieważ jest nam równy*
(Karel Čapek)

Książkę dedykuję Maciejowi, Marcinowi, Dziadkowi i Rodzicom

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Rozdział 1. Zdrowie seksualne – aspekt teoretyczny	11
1.1. Zdrowie seksualne w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia	11
1.2. Zdrowie seksualne charakteryzowane przez kryterium normy	14
1.2.1. Zdrowie seksualne a kryteria normy klinicznej	15
1.2.2. Zdrowie seksualne a kryteria normy partnerskiej	16
1.2.3. Zdrowie seksualne a kryteria normy indywidualnej	18
1.2.4. Norma rozwojowa w analizie zachowań seksualnych	19
1.3. Kryteria zdrowia seksualnego a aktywność seksualna	20
Rozdział 2. Zdrowie seksualne – wybrane uwarunkowania socjalizacyjne	23
2.1. Rodzinne uwarunkowania rozwoju psychoseksualnego	23
2.2. Rozwój psychoseksualny a promocja zdrowia seksualnego w szkole	28
2.3. Szkolna edukacja seksualna w Polsce i we Francji	30
2.4. Rozwój psychoseksualny jednostki a oddziaływanie mediów i rówieśników	34
Rozdział 3. Aktywność seksualna – ujęcie rozwojowe	37
3.1. Aktywność seksualna w okresie dzieciństwa	37
3.2. Aktywność seksualna w okresie dorastania	41
3.3. Aktywność seksualna w okresie wczesnej dorosłości i dorosłości	47
3.4. Aktywność seksualna osób w wieku senioralnym	49
Rozdział 4. Młodzież studiująca w Polsce i we Francji	53
4.1. Młodzież studiująca – perspektywa socjologiczna	53
4.2. Studenci w a wieloaspektowy proces osiągania dojrzałości	56
4.2.1. Dojrzałość biologiczna	56
4.2.2. Dojrzałość seksualna	57
4.2.3. Dojrzałość psychiczna i społeczna	60
Rozdział 5. Metodologiczne podstawy badań własnych	63
5.1. Cele i problemy badań	63
5.2. Zmienne i ich kategorie, definicje i wskaźniki	63
5.3. Opis metod, technik i narzędzi badawczych	66
5.4. Procedura badań i próba badawcza	67
Rozdział 6. Wyniki i wnioski z badań	73
6.1. Aktywność seksualna studentów w Polsce i we Francji	73
6.2. Postawy wobec zdrowia seksualnego a aktywność seksualna studentów w Polsce i we Francji	81
Podsumowanie – postulaty dla praktyki pedagogicznej	93
Studenci w Polsce i we Francji a zdrowie seksualne. Próba eksplikacji różnic	95
Bibliografia	103
Aneks	
spis tabel	111
spis wykresów	113
spis schematów	113

Wstęp

Podstawowe założenia niniejszej pracy koncentrują się wokół takich pojęć, jak zdrowie seksualne, aktywność seksualna, uwarunkowania zachowań seksualnych studentów. Rozważania teoretyczne zawarte poniżej mają na celu uwypuklenie pojęcia zdrowie seksualne, które powinno wyznaczać ramy optymalnego modelu działań edukacyjno-wychowawczych i profilaktycznych, a wciąż jest słabo reprezentowane zarówno w świadomości społecznej, jak i literaturze fachowej. Wieloznaczność pojęć prezentowanych w badaniach polskich i zagranicznych, różnorodność stosowanej aparatury pojęciowej, z drugiej zaś strony niezwykła ranga i świeżość problematyki sprawiają, że podjęty temat wydaje się być istotny z punktu widzenia teorii pedagogicznej.

Kryteria zdrowia seksualnego (*ang. sexual health, fr. santé sexuelle*) proponowane przez WHO, zostały oparte na definicji ogłoszonej przez Międzynarodową Konferencję ONZ na rzecz Ludności i Rozwoju (Kair, 1994, par.7, 36). Zgodnie z jej literą, zdrowie seksualne jest częścią zdrowia reprodukcyjnego i polega na prawidłowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej, wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością (Rzepka, 2007, s. 5). Oprócz aspektu biologicznego i psychologiczno-relacyjnego, kryteria zdrowia seksualnego zostały rozbudowane o aspekt prawny. W 1974 roku, na bazie oświadczenia WHO, zdrowie seksualne zostało uznane za podstawowe prawo człowieka. W 2002 roku, Światowe Towarzystwo Seksuologiczne opracowało Deklarację Praw Seksualnych, co wiązało się z wkroczeniem pojęcia zdrowie seksualne w obszar regulacji prawno-obyczajowych. Zdrowie seksualne pojawiło się również w praktyce edukacyjnej, stając się podstawą programów promocji zdrowia seksualnego, których głównym celem jest ukształtowanie w dzieciach, młodzieży oraz młodych dorosłych postaw wobec seksualności zgodnych z ideą promocji zdrowia (Zaitsev, 2006, s. 75).

Celem publikacji było takie przeprowadzenie badań i opracowanie wyników, by mogły one stać się podstawą dalszych analiz teoretycznych i stanowić postulaty dla działań praktycznych w zakresie promocji zdrowia seksualnego. Opis i wyjaśnienie uwarunkowań aktywności seksualnej studentów powinny zostać uznane za priorytet w projektowaniu rozwiązań edukacyjnych i szerszych – systemowych, ze względu na niepokojące dane w zakresie epidemiologii chorób i infekcji przenoszonych drogą płciową (STD's/STI's). Konsekwencje braku właściwego oddziaływania w kierunku identyfikacji i zaspokojenia potrzeb związanych ze zdrowiem seksualnym (w tym potrzeby rzetelnej wiedzy) wskazywane są w licznych opracowaniach. Najważniejszą z nich jest wzrost częstotliwości ryzykownych zachowań seksualnych – podczas Światowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju (Kair, 1994) oraz IV Światowej Konferencji na Rzecz Kobiet (Pekin, 1995) obradujące państwa uznały, że najbardziej widocznymi skutkami braku edukacji seksualnej lub jej niewłaściwej jakości są przypadki zakażeń wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz wczesne i nieplanowane ciąże młodych dziewcząt (Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Lider 1997, s. 23). Inne możliwe konsekwencje nieprawidłowych oddziaływań wychowawczych można pogrupować na:

- lęki przed seksem, skutkami masturbacji, normalnymi przejawami dojrzewania: ginekomastia, miesiączkowaniem,
- dewiacyjne zachowania – ukształtowanie patologicznych nawyków oraz wzmacnianie ich po okresie inicjacji,
- brak znajomości bezpiecznych technik współżycia,
- oziębłość płciowa,
- brak wiedzy o antykoncepcji i płodności w początkowym okresie dojrzewania,
- przemoc seksualna *por.* Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Lider 1997).

Publikacja wiąże się z komparatystyczną analizą wybranych zachowań seksualnych studentów oraz ich uwarunkowań. Przyjęta grupa badawcza ma znaczenie nie tylko ze względu na wskaźniki epidemiologiczne, ale również z uwagi na dane demograficzne. Prawie połowa światowej populacji ma aktualnie mniej niż 25 lat. W tym przedziale wiekowym studenci stanowią populację specyficzną, z uwagi na możliwości oddziaływania informacyjnego w środowisku społecznym w kierunku poprawy świadomości na temat zdrowia seksualnego. Znajduje to istotne reperkusje praktyczne. W programach profilaktycznych podkreśla się, że czynnikiem wpływającym na stan zdrowia seksualnego jest rzetelna, dostosowana do poziomu odbiorcy wiedza o życiu seksualnym. Dostęp do informacji seksuologicznej jest postulowany w Konwencji Praw Dziecka, a także w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (art. 16, 17, 27). To właśnie adolescenti i młodzi dorośli (a zwłaszcza świadomi zagrożeń studenci) stanowią nadzieję na odwrócenie negatywnych trendów zachorowalności na choroby/zakażenia przenoszone drogą płciową. Ocena przedsięwzięć ukierunkowanych na zmianę zachowań seksualnych młodych osób pokazuje, że są one niezwykle skuteczne w obniżaniu wskaźników STD's/STI's (*por.* Bearinger, Sieving, Ferguson, Sharma, 2007; Grzelak, 2006).

Praca stanowi studium porównawcze w odniesieniu do studentów w Polsce i we Francji. Są to grupy ukształtowane pod wpływem odrębnych światów społeczno-kulturowych, historycznych, gospodarczych i edukacyjnych. Z drugiej strony, zestawienie tych krajów wydaje się być uzasadnione ze względu na coraz intensywniejsze przenikanie się świata polskich i francuskich studentów w „globalnej wiosce”, wzmacniane poprzez nowoczesne technologie informacyjne, programy wymiany studenckiej, proces integracji europejskiej, postępującą migrację zarobkową i swobodną turystykę. Wśród licznych przesłanek uzasadniających wybór niniejszej problematyki oraz decyzję o badaniach komparatystycznych są wyniki analiz wskazujące na dyferencjację aktywności seksualnej Polaków i Francuzów. Jak wynika z przeglądu literatury przedmiotu, populacja młodych Polaków charakteryzuje się stosunkowo niskimi wskaźnikami różnych form aktywności seksualnej. Tak jest w przypadku średniego wieku inicjacji Polaków, który jest najwyższy w Europie i porównywalny z danymi otrzymanymi w Japonii (*por.* Wróblewska, 2007). Na podstawie analiz przytaczanych przez Bozona, wskaźniki inicjacji dla grupy wiekowej 20-24 wynoszą w Polsce 19,6 dla kobiet i 19,7 dla mężczyzn, we Francji zaś odpowiednio 17,6 i 17,4 (*por.* Bozon, 2003). Oba kraje różnicują także wskaźniki w zakresie epidemiologii HIV/AIDS. Francja jest jednym z najbardziej dotkniętych epidemią HIV krajem europejskim. W 2006 roku wskaźnik nowych przypadków HIV

na milion mieszkańców wyniósł we Francji 91,9 a w Polsce 19,5. Mimo niezaprzeczalnych różnic między Polską a Francją w zakresie epidemiologii HIV, w analizie tych danych należy uwzględnić wpływ polityki prewencyjnej. Jak podkreśla Nardone, wskaźnik osób poddających się testowaniu w kierunku HIV (a ten jest we Francji jeden z najwyższych w Europie) ma znaczący wpływ na liczbę osób zdiagnozowanych pozytywnie (por. Nardone, 2007).

Badania nad seksualnością są uznawane za niezwykle trudne do porównań w zakresie temporalnym i interkulturowym. Wiąże się to z ich specyfiką – zarówno ich konstrukcja, jak i uzyskane wyniki zawsze są wypadkową kontekstu socjalno-gospodarczego połączonego z wpływami polityki, edukacji, religii, mediów. Stąd, w niniejszej pracy, uwaga skoncentrowana została na wybranych aspektach seksualności oraz ich szerszych odniesieniach. W odniesieniu do wyników przeprowadzonych badań, w podsumowaniu przedstawiono najważniejsze postulaty dla praktyki pedagogicznej. Wskazane zostały również obszary do dalszej eksploracji, wykraczającej poza ramy niniejszego opracowania

Rozdział 1. Zdrowie seksualne – aspekt teoretyczny

Zdrowie seksualne (ang. *sexual health*, fr. *santé sexuelle*), stanowiące kryterium oceny zachowań seksualnych, postrzegane jest różnorodnie w zależności od kultury, okresu historycznego, czasem także w zależności od przyjętej opcji światopoglądowej. Określanie kryteriów zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, definiowanie jego treści i zakresu, nigdy nie odbywało się w próżni kulturowej. W kulturze Zachodu, przez stulecia, zdrowie seksualne utożsamiano ze sprawnością reprodukcyjną. Zgodnie z tym ujęciem, zdrową seksualnie była osoba wolna od pożądania szczególnie, gdy nie wiązało się z zaspokojeniem prokreacyjnych celów. Jak pisze Lew-Starowicz – pozaprokreacyjna aktywność seksualna przez wieki była traktowana nie tylko jako choroba, ale jako przestępstwo, np. stosunki analne i oralne miały tę samą rangę co zabójstwo, inne – poza klasyczną – pozycje współżycia były zakazane. (...) Od VIII wieku zdrowie seksualne zaczęło utożsamiać z brakiem aktywności masturbacyjnej. W 1758 roku lekarz Lozanny – Tissot twierdził, że mózg onanisty wysycha tak bardzo, że można go usłyszeć jak grzechocze w czaszce. (...) Ta antyseksualna koncepcja zdrowia jako patologię oceniała m.in. przeżywanie orgazmu przez kobietę, a homoseksualizm był traktowany jako zwyrodnienie centralnego układu nerwowego (Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., 1999, s. 339-340). Już św. Tomasz uczył, że wszelkie użycie narządów płciowych w celach innych, niż prokreacja jest lubieżne, grzeszne i sprzeczne z naturą. Homoseksualizm, masturbacja oraz inne drastycznie odbiegające od ówczesnej normy zachowania seksualne stanowiły grzech przeciwko naturze (łac. *peccata contra natura*) i były w różny sposób marginalizowane (por. Szawarski, 2003).

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

1.1. Zdrowie seksualne w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia

Oparta na definicji WHO, współczesna koncepcja zdrowia, obejmującego aspekt fizyczny, psychiczny, społeczny, duchowy, seksualny i reprodukcyjny podkreśla, że jest ono wartością, która pozwala jednostce realizować swoje aspiracje oraz aktywnie zmieniać środowisko (por. Kasperek-Golimowska, 2008; Kickbush, Nutbeam, 1998). Zdrowie jest w tym rozumieniu środkiem do podnoszenia jakości życia i zasobem gwarantującym rozwój. Obowiązujący w promocji zdrowia paradygmat socjoekologiczny pojmuje zdrowie jako poddającą się zmianom zdolność człowieka do osiągania pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości, jak i do reagowania na wyzwania otoczenia. Model ten, uwzględniając skomplikowane powiązania między jednostką a szeroko rozumianym środowiskiem, za cel działań promocyjnych (edukacyjnych) uznaje zdolność do życia produktywnego, za co odpowiedzialność – poprzez styl życia – przejmuje jednostka. Integralną częścią zdrowia rozumianego w sposób holistyczny jest zdrowie seksualne, a zależności między nim i pozostałymi