

ZACHOWANIA ZDROWOTNE W ASPEKCIE SEKSUALNOŚCI I ŻYCIA PŁCIOWEGO KOBIET Z RÓŻNYCH ŚRODOWISK

Sexuality and health behaviors women from different environments

Sylwia Karpińska¹, Monika Przestrzelska², Zdzisława Knihinicka-Mercik²

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu (studentka)

² Zakład Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@am.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Seksualność to jedna z najważniejszych sfer w życiu człowieka. Od niej zależą wszelkie jego relacje emocjonalne i społeczne. Jednak sama w sobie też podlega wpływom szeroko pojętego środowiska. Tym, co ma na nią największy wpływ, jest: psychofizjologia osobnicza, wychowanie, socjalizacja, nawyki zdrowotne. Bardzo duże znaczenie mają owe nawyki przejawiane w zachowaniach zdrowotnych, a tym samym ich komponenty, jak: styl życia, samoświadomość. W pracy przedstawiono zachowania zdrowotne w kontekście płci żeńskiej. Omówiono także zarys seksualności kobiety i postawy zdrowotne w aspekcie życia płciowego w dwóch przeciwstawnych środowiskach.

Cel pracy. Porównanie zachowań zdrowotnych kobiet ze środowiska studentckiego oraz przestępczego w kontekście ich seksualności.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 60 kobiet – 30 ze środowiska studentckiego i 30 kobiet osadzonych w zakładzie karnym. Na potrzeby badania skonstruowano anonimową ankietę, którą rozdano losowo w grupach badawczych. Analizując wyniki, kwestionariusz podzielono na trzy części: seksuologiczną, psychologiczną i ginekologiczną.

Wyniki. W obu grupach badawczych wyniki pozostawiają wiele do życzenia. Jednak akcent negatywnych zachowań jest znacznie przesunięty w stronę kobiet ze środowiska przestępczego. Aż 90% z nich, w porównaniu do 17% studentek, posiada nałogi. Nie będąc w stałym związku współżyje 30% więźniarek i 7% studentek. Najmłodsza osadzona w wieku inicjacji seksualnej miała tylko 13 lat, a studentka – 17 lat. Tylko jedna studentka i aż 13 osadzonych stało się matkami przed 20. rokiem życia. Połowa osadzonych w porównaniu do 3/4 studentek uważa, że prezerwatywa w pełni chroni przed STD. Jednocześnie co 5. kobieta z więzienia nie ma pojęcia o ochronie przed STD. Co 5. studentka i co 3. więźniarka zaniedbuje swoje zdrowie ginekologiczne.

Wnioski. Zachowania zdrowotne zależą od środowiska życia, a wcześniej środowiska wychowania oraz profilu psychofizycznego jednostki. Kobiety ze środowiska przestępczego przejawiają bardziej ryzykowne zachowania zdrowotne niż studentki. Ich świadomość jest dość duża, jednak nie wykorzystują tej wiedzy w praktyce. Studentki wydają się być bardziej odpowiedzialne, zarówno w zakresie zachowań seksualnych, jak i regulacji poczęć, jednak ich wiedza na temat STD nie jest zadowalająca.

Słowa kluczowe: seksualność kobiety, ryzykowne zachowania zdrowotne, inicjacja seksualna, STD, rola położnej.

SUMMARY

Background. The paper presents a health behaviors in the context of femininity. Also discussed the outline of female sexuality and attitudes of health in terms of sexuality in two contrasting environments.

Objectives. To compare the health behaviors of women from the student's environment and crime's environment in the context of their sexuality.

Material and methods. The research involved 60 women – 30 students and 30 women inmates in prison. For the research was designed anonymous questionnaire, which were distributed randomly in the groups. Analyzed questionnaire was divided into three parts: sexology, psychological and gynecological.

Results. In both groups, the results leave much to be desired. The accent of the negative behavior is significantly shifted toward the women from the criminal environment. As many as 90% of them, compared to 17% of students, have addictions. Not being in a relationship have a sex 30% of female prisoners and 7% of female students. The youngest prisoner, who have a sexual initiation was only 13 years old, a student of 17 years. Even 13 embedded and only one student became mothers before 20. Half of the inmates, compared to three-quarters of students believe that condoms fully protect against STD. At the same time as 5th woman in prison does not know about protection against STD. Every fifth student and every third prisoner neglects gynecological health.

Conclusions. Health behavior depend on the living environment, and education and the psychophysical profile of the individual. Women from the criminal environment exhibit more risky health behaviors than students. Their awareness is quite high, but do not use this knowledge in practice. Students seem to be more responsible, both in terms of sexual behavior and birth control, but their knowledge about STD is not satisfactory.

Key words: female sexuality, risky health behaviors, sexual initiation, STD, midwife role.

WSTĘP

Zagadnienie seksualności jest bardzo szerokie i trudne do zbadania, gdyż dotyczy najbardziej intymnej sfery ludzkiego życia. Wyzwanie, jakim jest badanie płciowości człowieka, należy analizować na płaszczyźnie interdyscyplinarnej [1, 2], biorąc pod uwagę takie dziedziny nauki, jak m.in.: seksuologia, antropologia, ginekologia, psychiatria, psychologia, socjologia, promocja zdrowia. O ile jest to dość powszechny temat na świecie, w Polsce wciąż brakuje dogłębnych badań biomedycznych, dotyczących seksualności człowieka, jego zachowań, samooceny oraz medycznych aspektów takich zagadnień, jak: zachowania seksualne, uwarunkowanie płci, macierzyństwo, ojcostwo, związki płciowe. Zadowalający jest jednak fakt, że widoczny jest postęp polskiej seksuologii na przestrzeni lat, której prekursorami są profesorowie: K. Imieliński, Z. Izdebski, Z. Lew-Starowicz.

Zachowania zdrowotne są bezpośrednimi determinantami

zdrowia człowieka. Główną przyczyną najczęstszych zaburzeń zdrowotnych (tzw. szkód zdrowotnych) są zachowania ryzykowne w młodości oraz w kolejnych latach życia, jak również brak zachowań prozdrowotnych [3]. Komponentami tych niebezpiecznych zachowań, rzutujących na całe ludzkie życie, są zachowania seksualne. Udowodniono, że częstość zachowań ryzykownych wzrasta wraz z wiekiem, gdy od fazy eksperymentowania przechodzi się do utrwalenia zachowań szkodliwych zarówno zdrowotnie (w pojęciu jednostki), jak i społecznie (traktując jednostkę jako część społeczeństwa). Do głównych zachowań podwyższających ryzyko uszczerbku na zdrowiu należą: palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne. Elementy te składają się na tzw. zespół zachowań ryzykownych [3]. Ryzykowne zachowania seksualne niosą za sobą wiele szkód zdrowotnych i społecznych. W piśmiennictwie [3] dzieli się je na bezpośrednie i odległe. Bezpośrednie to: niechciana ciąża, przedwczesne

rodzicielstwo, choroby przenoszone drogą płciową (STD), przewlekłe stany zapalne narządów płciowych.

Do skutków odległych należą: wzrost ryzyka wystąpienia raka szyjki macicy, niepłodność, ciąża pozamaciczna, dysfunkcje psychospołeczne i seksualne. Według D.Ł. Jarczewskiej: „częściej wczesną inicjację przeżywają osoby ze słabo zinternalizowanymi normami religijnymi, o określonym profilu behawioralnym czy pochodzeniu społecznym, szybciej kończące edukację” [4]. Dlatego też tak ważne jest wychowanie seksualne w rodzinie. Jest to jeden z najistotniejszych czynników chroniących przed wczesną inicjacją seksualną. Jego pozytywny wydzźwięk przejawia się w: rozmowach na temat seksu przeprowadzanych w domu, obecności ojca w rodzinie, umiarkowanej dyscyplinie, kontroli spotkań towarzyskich [5].

CEL PRACY

Celem pracy było poznanie, ocena i porównanie zachowań zdrowotnych kobiet w aspekcie ich seksualności i życia płciowego z dwóch przeciwstawnych środowisk – środowiska przestępczego, jakim jest zakład karny, oraz środowiska studenckiego.

Postawiono następujące hipotezy:

- 1) środowisko życia ma istotny wpływ na kształtowanie się zachowań zdrowotnych,
- 2) kobiety, które często zmieniają partnerów, czują się nieatrakcyjne,
- 3) kobiety ze środowisk patologicznych niedostatecznie dbają o swoje zdrowie płciowe,
- 4) kobiety osadzone mają małą wiedzę na temat ryzykownych zachowań seksualnych,
- 5) na akceptację siebie, jako kobiety, wpływają relacje z ojcem.

MATERIAŁ I METODY

Materiał badawczy opiera się na analizie badań ilościowych przeprowadzonych w formie autorskiego kwestionariusza ankiety. Rozprowadzono 100 ankiet, z których 60 poddano analizie. Pozostałe ankietowane nie zgodziły się na wypełnienie ankiety lub odrzucono te, które nie były w pełni wypełnione. Wytypowano dwie grupy badawcze – pierwszą stanowiły kobiety osadzone w Zakładzie Karnym przy ul. Kleczkowskiej we Wrocławiu, zaś grupę porównawczą stanowiły studentki z wrocławskich uczelni. W więzieniu ankiety rozdano losowo za pośrednictwem pracownika placówki, wśród studentek – anonimową drogą mailową oraz z pomocą koleżanek. Pytania dotyczyły: ogólnych informacji na temat życia seksualnego, zachowań seksualnych (m.in. stałości związku), dbania o zdrowie ginekologiczne (częstość wizyt, rodzaj badań), poziomu wiedzy na temat ryzyka częstej zmiany partnerów seksualnych, charakterystyki socjodemograficznej respondentów (pytania metryczkowe). Zostały sformułowane w sposób prosty, z zachowaniem neutralności ideologicznej. Analizując kwestionariusz, podzielono go na trzy bloki pytań: seksuologiczny, ginekologiczny i psychologiczny.

W badaniu posłużono się wskaźnikiem udziału procentowego. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej w programie Microsoft Office Excel 2007 i opisowej za pomocą programu Microsoft Office Word 2007. Badania wykonano za zgodą Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu (decyzja z 19.01.2012 r.).

Charakterystyka badanych grup

W badaniu wzięło udział 60 kobiet – 30 studentek (średnia wieku 23,5 lat – najmłodsza 21 lat, najstarsza – 27 lat) i 30 kobiet osadzonych w zakładzie karnym (średnia wieku 28,7 lat – najmłodsza 22 lata, najstarsza – 27 lat). Cechami charakteryzującymi badane grupy były: środowisko życia (podział na kobiety ze środowiska studenckiego i przestępczego), wiek, wykształcenie, wyznanie, miejsce zamieszkania.

Sam dobór grup badawczych spowodował dużą rozbieżność w określeniu wykształcenia. W założeniu przyjęto, że wszystkie badane studentki ukończą studia, dlatego uznano, że posiadają one wyższe wykształcenie. Natomiast wśród kobiet osadzonych

w zakładzie karnym rozkład poziomu wykształcenia jest następujący: żadna z ankietowanych nie ma wykształcenia wyższego, najwięcej, bo ponad 33% respondentek, ma wykształcenie średnie, 3% – policealne, niewiele ponad 23% – zawodowe, 27% – podstawowe. Żadnego wykształcenia nie posiada 13% ankietowanych więźniarek. Wyznanie katolickie deklaruje 83,3% studentek oraz 60% kobiet osadzonych, a więc większość badanych kobiet. Większa część respondentek mieszka w mieście. Dotyczy to 67% studentek i 77% – kobiet osadzonych.

WYNIKI

Część seksuologiczna

Jak dowodzą przeprowadzone badania, istnieje istotna różnica w wieku inicjacji seksualnej w obu badanych środowiskach. Podczas, gdy wśród studentek nie wykazano współżycia do 17. roku życia, w środowisku przestępczym dotyczy to 18 badanych – z czego 14 (ok. 78%) rozpoczęło współżycie w wieku 16 lat. Wśród studentek stałego partnera ma 12 ankietowanych, co stanowi 92%. Natomiast w grupie osadzonych stały związek deklaruje 19 (63%) kobiet, spośród nich 14 (74%) – współżycie regularnie. Z czego wynika, że nie będąc w stałym związku współżyje regularnie 30% respondentek z więzienia i 8% kobiet ze środowiska studenckiego. Studentki najczęściej dowiadują się o życiu płciowym od koleżanek (50% wskazań) oraz z własnych doświadczeń (43% wskazań). Większość, bo 77% osadzonych, czerpie tę wiedzę z własnych doświadczeń, a 30% – z Internetu. W obu grupach rodzice nie są popularnym źródłem wiedzy na ten temat.

W pytaniu o ochronę przed STD (*sexually transmitted diseases* – choroby przenoszone drogą płciową) najczęściej wybieraną odpowiedzią była prezerwatywa – 73% studentek oraz 50% więźniarek. Tylko 27% studentek i 23% osadzonych uważa, że nic nie jest w stanie ochronić przed chorobami wenerycznymi, w analizie danych nie wykazano związku między wykształceniem a tym poglądem. 17% osadzonych uważa, że częsta zmiana partnerów seksualnych nie niesie za sobą żadnego ryzyka. Jednocześnie 80% z nich ma świadomość chorób związanych z takim stylem życia, a niewiele ponad 23% uważa, że zachowanie to obciąża psychicznie. Natomiast wszystkie kobiety z grupy studentek twierdzą, że istnieje ryzyko zarażenia się chorobami, przy czym połowa z nich uważa, że jest to także obciążenie psychiczne. Na 30 studentek 2 przyznały się do praktyk homoseksualnych, natomiast wśród kobiet osadzonych liczba ta wzrasta trzykrotnie i dotyczy 6 osób. Ogółem zjawisko to dotyczy 13,33% wszystkich badanych kobiet.

Część ginekologiczna

Pierwsza wizyta ginekologiczna więźniarek przypada średnio na niewiele ponad 16. rok życia. Wśród studentek średnia wieku pierwszej wizyty wynosi 18,6 lat. Najczęstszym jej powodem w obu grupach jest kontrola, następnie ból brzucha u studentek i ciąża lub poronienie u więźniarek. Jak zbadano – w grupie studentek w żadnym przypadku pierwsza wizyta nie była spowodowana wystąpieniem menarche (tj. pierwszej miesiączki), ani chęcią otrzymania antykoncepcji z uwagi na współżycie, jak było to w większości przypadków u kobiet osadzonych. Analizując wiek, w którym przypada pierwsza miesiączka, okazało się, że jest on podobny w obu grupach, w grupie studentek wynosił średnio 13,6 lat, a w grupie osadzonych – 13,2 lat. W tym czasie pierwszą wizytę ginekologiczną odbyły 3 studentki i 9 więźniarek.

Jak dowodzą badania 20 na 30 więźniarek rodziło, co stanowi około 67% porodów w tej grupie badawczej. Spośród nich 10 (50%) ma więcej niż jedno dziecko, przy czym cztery rozpoczęły współżycie w wieku 16 lat, dwie – w wieku 17 lat, dwie – w wieku 18 lat, jedna – w wieku 19 lat. Trzy spośród nich rodziły w wieku 17 lat, dwie – w wieku 18 lat, dwie – w wieku 19 lat i dwie – w wieku 21 lat. Wśród kobiet z zakładu karnego, które mają więcej niż dwoje dzieci, 80% ma wykształcenie podstawowe lub zawodowe i tylko dwie z nich mają wszystkie dzieci z tym samym partnerem, jedna jako środek antykoncepcyjny

stosuje prezerwatywy, a jedna globulki dopochwowe. W grupie studentek rodziły tylko 3 (10%), przy czym dwie planowały ciążę, a jedna „stosowała” metodę stosunku przerywanego. Żadna z nich nie jest wieloródką. Średnia wieku, w którym odbył się pierwszy poród w grupie studenckiej, wynosi 22 lata, natomiast wśród więźniarek – 21 lat. Ciężce nieletnich stanowią 20% wszystkich porodów wśród osadzonych. Można więc wysnuć wniosek, że co 5. kobieta ze środowiska patologicznego staje się matką przed 18. rokiem życia.

Z ankiety wynika, że co trzecia więźniarka nie chodzi regularnie do ginekologa. Przy czym, analiza danych wskazuje na zależność, że procent regularnie poddających się badaniom jest bliski odsetkowi kobiet współżyjących regularnie (70%). 90% osadzonych w czasie badania ginekologicznego miało wykonaną cytologię, a USG – 75%, natomiast badanie piersi – 55%. Wśród studentek rodzaj i częstość badań są porównywalne.

Spośród studentek z badania ginekologicznego skorzystało 83% dziewcząt, natomiast w grupie kobiet osadzonych – wszystkie. Wśród więźniarek dominują kobiety, które ostatnio poddawały się badaniom bardzo dawno temu – stanowią one 27%, natomiast 5 (17%) studentek nigdy nie była u ginekologa.

Na 20 kobiet karanych, będących w stałym związku, 16 współżyje regularnie, z czego 9 (56%) nie stosuje antykoncepcji i tylko 4 z nich ma dzieci. 5 kobiet nie będących w stałym związku współżyje regularnie, przy czym jedna z nich stosuje prezerwatywy, druga stosunek przerywany, co pokazuje, że 60% z nich nie stosuje zabezpieczeń, a więc istnieje ogromne ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. Reszta badanych nie współżyje regularnie, co może być związane z odbywaniem kary w zakładzie.

Do najpowszechniejszych metod antykoncepcji stosowanych przez więźniarki należą w takim samym odsetku prezerwatywa i tabletki hormonalne – 38%. Także spirala i globulki dopochwowe są stosowane w podobnej skali – 12%. Spośród 13 aktywnych seksualnie studentek 7, a więc 54%, stosuje antykoncepcję hormonalną, 3 (23%) – metody naturalne, 2 (15%) – prezerwatywę, 1 (8%) – stosunek przerywany.

Część psychologiczno-socjologiczna

Większość, bo 90% studentek, wychowywała się w pełnej rodzinie, czego nie można powiedzieć o kobietach z więzienia, gdyż tylko 53% z nich została wychowana przez oboje rodziców. Co czwarta osadzona wychowywała się bez matki. Relacje z ojcem w obu grupach są różne, jednak obie grupy w większości oceniają je jako dobre (33% więźniarek i 30% studentek) lub bardzo dobre (33% więźniarek i 27% studentek). Relacje nacechowane negatywnie – trudne, chłodne lub obojętnie dotyczą w sumie 33% osadzonych i blisko połowy (43%) kobiet z grupy porównawczej. Według naukowców relacje z ojcem korelują z samooceną kobiety, z jej poczuciem atrakcyjności i obrazem siebie. Zarówno w grupie kobiet osadzonych, jak i wśród studentek większość kobiet uważa się za atrakcyjne. Jako nieatrakcyjne postrzega się dwa razy więcej studentek niż kobiet z więzienia.

Badania wykazały, że zarówno wśród studentek, jak i osadzonych temat seksu był w rodzinie rzadkością. Problem ten zaistniał w 53% domów studentek oraz w 57% więźniarek. Tylko w 20% studentek i 17% kobiet ze środowiska przestępczego poruszało ten temat z obojgiem rodziców. Wyłącznie matka była źródłem wiedzy w przypadku 27% studentek i 20% więźniarek.

Dla większości osadzonych wzorem kobiecości jest matka – 40%, natomiast dla 30% studentek wzór ten stanowi koleżanka. Fakt, że matka jest wzorem tylko dla 23% studentek może wynikać z podatności na trendy i wpływy rówieśniczek.

Masturbację w kontekście obyczajów za niemoralną uważa 80% kobiet z grupy studenckiej oraz 13% kobiet osadzonych. Oprócz postawy moralnej, zbadano także osobisty stosunek respondentek wobec onanizmu. Wyniki rozkładają się następująco: 67% studentek jest przeciwna masturbacji, natomiast pozostałe 33% nie mają zdania, jest im to obojętne lub nie sprzeciwiają

się temu. Osadzone w większości nie są przeciwnie samozaspokojeniu seksualnemu. Dotyczy to 40% ankietowanych. Pozostałe odpowiedzi zostały udzielone w równym stopniu – stanowią po 20% badanych więźniarek. Zdecydowana większość (80%) studentek jest przeciwna pornografii, a prawie połowa (47%) osadzonych nie ma do niej negatywnego nastawienia. Oczekiwania wobec seksu zależą od wielu czynników. Każda kobieta ma swoje preferencje, potrzeby i pragnienia. W obu grupach badawczych podobne znaczenie ma bliskość z ukochanym, przyjemność, adrenalina i prokreacja. To co różni, to fakt, że 100% studentek potrzebuje czuć się bezpiecznie, czego wymaga tylko 23% osadzonych. Połowa studentek oczekuje także realizowania swojej kobiecości, co dotyczy tylko 27% więźniarek. Zarówno dla studentek, jak i kobiet z więzienia istotną sferą w drugim człowieku jest osobowość (100% studentek i 97% więźniarek) i seksualność (43% studentek i 33% więźniarek). Natomiast czynnik materialny, jakim są pieniądze, dotyczy kolejno 7% i 17% spośród studentek i więźniarek.

Większość ankietowanych stosuje antykoncepcję, co oznacza, że nie planuje poczęcia. Jak jednak wiadomo zdarza się, że zabezpieczenie przed zapłodnieniem zawodzi. Okazuje się, że 80% kobiet osadzonych i 87% studentek zdecydowało by się na donoszenie ciąży. Na przerwanie ciąży zdecydowałyby się co 4. więźniarka i co 8. studentka.

Tylko 3 spośród osadzonych nie posiadają żadnych nałogów. Spośród pozostałych 90% większość pali papierosy (81%), 30% kobiet nadużywa alkoholu. Niewiele mniej, bo 26%, jest uzależniona od narkotyków, a 14% przyznaje się do seksoholizmu. Wśród studentek problem uzależnień dotyczy tylko nałogowego palenia tytoniu i obejmuje 17% badanych. Przedstawione procenty nie sumują się, ponieważ w pytaniu można było udzielić więcej niż jednej odpowiedzi.

OMÓWIENIE

Powszechnie wiadomo, że wychowanie w domu i w społeczeństwie ma kluczowe znaczenie w kształtowaniu się wszelkich postaw człowieka, w tym moralnych czy zdrowotnych. W wyniku tego u jednostki tworzy się pewien światopogląd, często sprzeczny z posiadaną świadomością. Jednak fakt, że wcześniejsze rozpoczęcie życia seksualnego wiąże się z większym ryzykiem utraty zdrowia, a tym samym pogorszeniem jakości życia, jest niezaprzeczalny. Jak wynika z badań profesora Z. Izdebskiego [13], inicjację seksualną przed 15. rokiem życia ma za sobą 3% dziewcząt. Wśród 15- i 16-latków problem ten dotyczy już 19% chłopców i dziewcząt, natomiast w grupie wiekowej 17–19 lat współżycie rozpoczęło 51% badanych. W badaniach B. Woynarowskiej i wsp. [3] średni wiek inicjacji seksualnej wyniósł 16,5 lat u chłopców i 16,8 lat u dziewcząt. Stosunek płciowy w wieku 13 lat i wcześniej ma za sobą 6% badanych, a co czwarta badana osoba odbyła inicjację seksualną mając 15 lat lub mniej. Podobne wyniki otrzymała także I. Stankowska [7]. Istnieje też istotna różnica – jak wykazano w tej pracy – między wiekiem inicjacji seksualnej a środowiskiem życia. Wśród badanych studentek inicjacja ta miała miejsce najwcześniej w wieku 17 lat, natomiast wśród kobiet z więzienia – nawet w 13. roku życia. Jak podaje B. Woynarowska [3], częściej do rozpoczęcia współżycia przynajmniej się młodzież mieszkająca w mieście. Widać także wyraźny związek między wykształceniem a rozpoczęciem współżycia. Im niższy typ ukończonej szkoły, tym inicjacja następuje wcześniej. Wynik ten potwierdził się w niniejszych badaniach, które wykazały, że kobiety z zakładu karnego posiadają także niższe wykształcenie i rozpoczynają współżycie przynajmniej o 4 lata wcześniej niż studentki.

Do najczęściej stosowanej formy zabezpieczenia, według badań przytoczonej wcześniej autorki, należy prezerwatywa. Ze środków chemicznych i metod naturalnych badana przez nią młodzież korzystała najrzadziej. Nieco inne wyniki dotyczące antykoncepcji otrzymały autorki niniejszych badań. Okazuje się, że o ile najpowszechniej stosowaną antykoncepcją wśród więźniarek jest prezerwatywa, o tyle wśród studentek przeważają tabletki hormonalne, a nawet metody naturalne. Odsetek respondentek stosujących antykoncepcję jest dość duży, choć

jak wykazano – 50% osadzonych jej nie stosuje. Można powiedzieć, że studentki biorą większą odpowiedzialność za współżycie, gdyż spośród nich wszystkie używają zabezpieczeń lub naturalnych metod opartych na rozpoznawaniu płodności. Jak podaje J. Bancroft i wsp. [8], odkąd antykoncepcja stała się powszechna i dostępna dla nastolatków, odsetek ciąży i aborcji zaczął maleć. Mimo to spośród badanych przez autorkę kobiet 6 z grupy przestępczej i 4 z grupy studenckiej uważa, że ciążę nieplanowaną należy usunąć.

Ankietowane zapytane o ochronę przed chorobami przenoszonymi drogą płciową wskazują w większości na prezerwatywę. Za skuteczną ochronę uważa ją 73% studentek i 50% kobiet osadzonych. Tylko o 3% więcej studentek niż więźniarek uważa, że nic nie jest w stanie całkiem ochronić przed zakażeniem. Wiedza studentek na temat ochrony przed chorobami związanymi z seksualnością jest większa, lecz nie diametralnie, choć wszystkie wiedzą, że posiadanie wielu partnerów predysponuje do zakażenia. Zatrważający jest fakt, że co piąta więźniarka nie ma o tym pojęcia, a 17% z nich uważa, że częsta zmiana partnera nie wiąże się z żadnym ryzykiem. Opinię o skuteczności prezerwatywy zbadał także S. Grzelak [6]. W swoich wynikach uzyskał on jednak dużą rozbieżność. Wśród jego badanych 100% zaufanie do tej metody zabezpieczenia ma od 38 do 70% badanych.

Okazuje się, że w większości domów badanych kobiet nie rozmawiało się na temat seksu. Dotyczy to 53% studentek i 57% więźniarek. Podobne wyniki uzyskała I. Stankowska [7]. Jej badanie dowiodło, że w ponad 61% rodzin rozmowy o seksualności w rodzinie są tabu. Badania wykazują, że 43% studentek i 77% więźniarek cierpie wiedzę o seksie z własnych doświadczeń, jednocześnie 50% kobiet z grupy studenckiej wiedzę tę zdobywa od koleżanek, a 30% osadzonych z Internetu. G.B. Spanier [9] podaje, że na podjęcie współżycia przedmałżeńskiego, bardziej niż profesjonalna edukacja, wpływają nieformalne źródła wiedzy, które w największym stopniu stanowią rówieśnicy.

Już E. Shorter [10] w drugiej połowie lat 70. ubiegłego wieku wspomina o częstszym zjawisku rodzin rozbitych i niepełnych. Jednak, jak podaje J. Bancroft [8], wiedza dotycząca wpływu struktury rodziny na seksualność nie jest pełna. J.F. Kantner i M. Zelink [11] zaobserwowali niższy współczynnik wczesnego rozpoczęcia współżycia wśród dziewcząt mieszkających z obojgiem rodziców – matką i rodzonym ojcem. Gdy głową rodziny staje się tylko matka, współczynnik ten wzrasta o 60%. Jak zbadały autorki 47% więźniarek i 10% studentek wychowywało się w niepełnej rodzinie lub poza nią.

A. Kinsey [12] już w latach 50. ubiegłego stulecia wykazał upadek obyczajów, udowadniając, że aż 86% ludzi żyje w sprzeczności z normami obyczajowymi wynikającymi z deklarowanych przekonań. Z przeprowadzonych przez autorki badań wynika podobny wniosek. Badane kobiety, pomimo tego, że w większości deklarują katolicyzm, nie przestrzegają przyjętych zasad, w szczególności dotyczy to środowiska przestępczego. Takie wyniki przedstawia także Z. Izdebski [13]. Spośród kobiet zbadanych przez A. Kinsey'a [12], 62% przyznało się do onanizmu, tłumacząc ten fakt tym, że są w stanie osiągnąć orgazm w czasie

o nieporównywalnie krótszym niż podczas stosunku pochwowego z partnerem. Masturbację za niemoralną postrzega 13% grupy badawczej z więzienia oraz 80% studentek. Stosunek do pornografii także znacznie się różni w obu grupach. Negatywne nastawienie do tych praktyk przejawiają 24 studentki i 9 osadzonych. K. Ostrowska [14] jest zdania, że pornografia ma duży wpływ na zachowania przestępcze i agresywne, naruszające prawa, a także krzywdzące drugiego człowieka. Badania japońskich badaczy [15] dowiodły także, iż istnieje ścisły związek między pornografią a alkoholizmem, rozwiązłością i trywialnością. Natomiast badania amerykańskich studentek [16] wykazały, że im wcześniej mają one kontakt z pornografią, tym większe jest prawdopodobieństwo przyzwolenia na agresję i przemoc mężczyzny wobec nich. Często rozumieją ją jako element „romantyzmu” w związku.

J. Bancroft i wsp. [8] wykazali, że 19% populacji kobiet miało kontakty homoseksualne, natomiast wyłączną orientację homoseksualną przejawia 6% kobiet. Podobne wyniki otrzymał w ankiecie internetowej Z. Izdebski [13], w której 6% Polaków zadeklarowało praktyki homoseksualne. W sytuacji homoseksualizmu kobiet występuje problem realizacji macierzyństwa, który – jak podają naukowcy – jest zaspokajany w stosunku do partnerki lub poddając się zapłodnieniu przez wyselekcjonowanego mężczyznę, nie uznając tego za heteroseksualną bliskość.

Podsumowując, można stwierdzić, że zachowania zdrowotne w dużej mierze zależą od środowiska wychowania i życia oraz od profilu psychospołecznego. Jak widać, wpływa ono na wszelkie postawy wobec zdrowia, a także kształtuje charakterystyczne dla danej grupy postrzeganie zasad moralnych. Więźniarki przejawiają bardziej ryzykowne zachowania zdrowotne niż studentki. W gruncie rzeczy ten fakt nie dziwi. Jednak niepokoi to, że studentki nie posiadają pełnej wiedzy na temat STD (*sexually transmitted diseases*), a tym samym ryzykownych zachowań zdrowotnych. S. Grzelak pozostawia jednak nadzieję, stwierdzając, że nie tylko wychowanie, ale też socjalizacja, rozumiana jako szeroko pojęta edukacja, jest w stanie polepszyć obraz społeczeństwa w kontekście zachowań zdrowotnych [6].

WNIOSKI

1. Środowisko życia ma wpływ na zachowania zdrowotne.
2. Rodzina (jako środowisko wychowania) ma wpływ na zachowania seksualne.
3. Występuje niekonsekwencja i brak integralności między świadomością ryzyka zmiany partnerów a zachowaniami zdrowotnymi kobiet z więzienia.
4. Wiedza studentek i więźniarek na temat STD jest zbliżona.
5. Wśród kobiet osadzonych występuje bardzo niski wiek inicjacji seksualnej, a co za tym idzie – fakt ciąży młodocianych.
6. Kobiety, które nie współżycją regularnie, nie korzystają w odpowiednim stopniu z opieki ginekologicznej.
7. Większość kobiet nie zna swojego cyklu miesięcznego.
8. Istnieje nagła potrzeba, aby edukować rodziców w aspekcie przekazywania dzieciom wiedzy o ludzkiej płodności i seksualności.
9. Hipoteza dotycząca tego, że kobiety często zmieniające partnerów czują się mniej atrakcyjne, w świetle przeprowadzonych badań jest nieprawdziwa.

BIBLIOGRAFIA

1. Imieliński K. *Seksuologia biologiczna*. Warszawa: PWN; 1980.
2. Radomski D. Od poznania się do seksualnej satysfakcji, czyli biologiczne mechanizmy seksualności człowieka. *Seksuol Pol* 2007; 5(1): 18–24.
3. Woynarowska B, Oblacińska A, red. *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2006.
4. Jarczewska DŁ. Wczesna inicjacja seksualna – grupy ryzyka i konsekwencje. *Życie i Płodność* 2010; 5: 15–31.
5. Szymańska J. *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2012.
6. Grzelak S. *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań w Polsce i na świecie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006.
7. Stankowska I. Przedmałżeńska aktywność seksualna w opinii młodych dorosłych. *Przegl Therapeut* 2009; 6: 7.
8. Bancroft J. *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009.
9. Spanier GB. Formal and informal sex education as determinants of premarital sexual behavior. *Archiv Sex Behav* 1976; 5: 39–67.
10. Shorter E. *The making of the modern family*. New York: Basic Books; 1975.
11. Kantner JF, Zelink M. Sexual experience of young unmarried women in the United States. *Family Plan Perspect* 1972; 4: 9–18.
12. Kinsey A, et al. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders; 1953.
13. Izdebski Z. *Seks Polaków w Internecie. Raport Polpharmy na temat seksualności Polaków w Internecie*. Warszawa, Styczeń 2010.
14. Ostrowska K. *Pornografia – jej ocena w aspekcie rozwoju osobowości człowieka*. Materiały z posiedzeń Sejmowej Komisji Rodziny oraz Se-

- nackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej. Dział Ekspertyz. Warszawa; 1998.
15. Yonezato S, Tamura M, Magishima F. The relationship between early exposure to pornographic videos and deviance among juveniles. *Report Nat Res Inst Police Sci* 1995; 36(1): 30–37.
16. Corne S, Briere J, Esses LM. Women's attitudes and fantasies about rape as a function of early exposure to pornography. *J Interpersonal Viol* 1992; 7(4): 454–461.
-

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-56

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.04.2013 r.

Po recenzji: 24.04.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 28.05.2013 r.