

Wybrane elementy zdrowia seksualnego młodzieży studiującej i osób dorosłych

Selected elements of sexual health of university students and adults

EDYTA BARNAŚ^{1,3/}, AGNIESZKA BOROWIEC^{2/}, MAŁGORZATA KOŁPA^{3/}

^{1/} Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski w Rzeszowie

^{2/} Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa, Szpital Specjalistyczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

^{3/} Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Wstęp. Każda z metod sterowania płodnością ma zalety i wady, wskazania i przeciwwskazania do jej stosowania, wpływając na jakość życia. Dlatego wybór metody powinien być dostosowany do stanu zdrowia, relacji partnerskich, aktywności seksualnej. Celem badań. Porównanie postaw młodzieży studiującej i osób dorosłych odnośnie zdrowia seksualnego.

Materiał i metoda. Badaniem objęto grupę 200 osób młodzieży tylko studiującej w wieku 19-26 lat i grupę 200 osób dorosłych pracujących/bezrobotnych w wieku 19-55 lat. Metodą zastosowaną był autorski kwestionariusz ankiety. Dane zebrano od stycznia do kwietnia 2010 r.

Wyniki. Średni wiek inicjacji seksualnej w grupie młodzieży studiującej wyniósł $18,42 \pm 2,05$, wśród dorosłych $19,72 \pm 2,89$. Najpopularniejszą metodą antykoncepcyjną jest prezerwatywa (69%). Jako metodę godną polecenia ankietowani wskazali tabletki antykoncepcyjne (34%). Zarówno w przypadku metod naturalnych jak i sztucznych, w większości pytań nie było statystycznie istotnych różnic pomiędzy obiema grupami. W przypadkach gdzie taka różnica występowała w większości poprawniejszych odpowiedzi udzielali ludzie młodzi.

Wnioski. 1. Średni wiek inicjacji seksualnej jest istotnie niższy w grupie respondentów studiujących. Powody rozpoczęcia życia seksualnego są podobne w obydwu grupach. 2. Młodszy respondenci częściej są zwolennikami metod antykoncepcyjnych hormonalnych. 3. Wykazano różnice pomiędzy posiadaną a deklarowaną wiedzą odnośnie metod regulacji poczęć i antykoncepcji, wiedza ta jest wyższa wśród osób studiujących.

Słowa kluczowe: antykoncepcja, wiedza, studenci, osoby dorosłe

Introduction. Each of the methods of fertility control has advantages and disadvantages, indications and contraindications for its application, the impact on quality of life. Therefore, the choice of method should be adapted to health, partner relationships, sexual activity. The aim of this study was to compare the attitudes of university students and adults regarding sexual health.

Material & Method. The study included a group of 200 students aged 19-26 years and a group of 200 adults employed/unemployed aged 19-55 years. The method used was the author's questionnaire. The data was collected between January and April 2010.

Results. The average age of sexual initiation in the test group of students was 18.42 ± 2.05 years, among the group of adults it was 19.72 ± 2.89 years. The condom was indicated as the most popular contraceptive method (69%). The pill was mentioned by the respondents as a method worth recommending (34%.) Both in the case of natural methods and artificial contraceptives, in most of the answers there were no statistically significant differences between both groups. In cases where such a difference occurred, the majority of correct responses was given by younger people.

Conclusions. 1. The average age of sexual initiation was significantly lower in the group of studying respondents. The reasons for the initiation of sexual life were similar in both groups. 2. The younger respondents preferred hormonal contraceptive methods. 3. Observed were the differences between the possessed and declared knowledge regarding methods of birth control and contraception; this knowledge was higher among younger people.

Key words: contraception, knowledge, students, adults

© Probl Hig Epidemiol 2015, 96(1): 187-192

www.phie.pl

Nadesłano: 12.01.2015

Zakwalifikowano do druku: 13.01.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. n. o zdr. Edyta Barnaś

Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

ul. Pigonia 6, 35-310 Rzeszów

tel. 17 8721199, fax 17 8721195, e-mail: ebarnas@interia.eu

Wstęp

Zdrowie seksualne jest według definicji roboczej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2002 r. zespołem biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego koniecznych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości człowieka [1]. Jest to nie tylko brak choroby czy dysfunkcji. W pojęciu zdro-

wie seksualne zawiera się zdolność do zdobywania satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, co wynika z umiejętności nawiązania równych i odpowiedzialnych relacji partnerskich oraz zdolności rozwiązywania problemów w tym obszarze [2]. Zdrowie seksualne jest więc jednym z obszarów zdrowia reprodukcyjnego, które definiowane jest jako pełen dobrostan w aspekcie fizycznym, psychicznym

i socjalnym, a nie tylko brak chorób i niedomagań w obszarze układu rozrodczego i jego funkcji we wszystkich okresach życia jednostki [3, 4].

Podchodząc analitycznie do tematu zachowań seksualnych, istotnym elementem są tu zachowania ryzykowne. Są one definiowane jako pozostające w opozycji do porządku społecznego i prawnego, stanowiące jednocześnie zagrożenie dla zdrowia i rozwoju jednostki i społeczeństwa [5]. Zachowania te można odnieść do wszystkich faz psychospołecznego i seksualnego rozwoju jednostki. Szczególnie jednak okres adolescencji i wczesnej dorosłości wiąże się z ich nasileniem [6].

Wśród zachowań ryzykownych szczególne miejsce zajmuje przedwczesna aktywność seksualna, która w wielu publikacjach seksuologicznych (i w przepisach prawa) wyznaczona jest granicą 15 roku życia. Zachowania ryzykowne mają tendencję do współwystępowania, a więc i w tym obszarze zauważyć można korelację między wczesną inicjacją seksualną, a częstym upijaniem się (przeważnie u mężczyzn), używaniem amfetaminy (przeważnie u kobiet) i paleniem papierosów [7]. Warto w tym miejscu dodać, iż używanie substancji psychoaktywnych jest uznane za jeden z najistotniejszych czynników wzrostu zagrożenia wirusem HIV oraz STD (*sexually transmitted diseases*). Negatywne aspekty aktywności seksualnej mogą wiązać się z zagadnieniem płodności, a więc ciąży, aborcją, adopcją, samotnym rodzicielstwem [8].

Cel badań

Porównanie postaw młodzieży studiującej oraz osób dorosłych wobec wybranych aspektów seksualności człowieka.

Materiał i metoda

Badaniem objęto grupę 200 osób młodzieży studiującej w wieku 19-26 lat i grupę 200 osób dorosłych pracujących/bezrobotnych w wieku 19-55 lat. Badani zamieszkiwali teren Rzeszowa i jego okolice. Badani przed włączeniem do projektu byli poinformowani o jego celowości, anonimowości i wyrazili zgodę na udział w badaniu. Metodą zastosowaną był autorski kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby badania. Kwestionariusz zawierał 8 pytań metryczkowych, natomiast pytania właściwe ukierunkowane na tematykę pracy zawarte były w formie testu wiedzy, gdzie respondent miał do wyboru odpowiedzi typu prawda/fałsz. Z 400 zaaplikowanych kwestionariuszy zwrotnie prawidłowo uzupełnionych uzyskano 366, które poddano analizie statystycznej w oparciu o program Statistica 8.0, z wykorzystaniem testów χ^2 niezależności Pearsona oraz testu Anova. Dane zebrano od stycznia do kwietnia 2010 r. na terenie miasta Rzeszowa i okolic.

Wyniki

Pomiędzy badanymi grupami istnieją różnice w zakresie wieku: średnia wieku młodzieży wyniosła $21,5 \pm 1,6$ lat, natomiast dorosłych $34,4 \pm 8,9$ lat ($p=0,000$). Ponadto różnice dotyczyły płci badanych ($p=0,001$), wykształcenia ($p=0,000$) oraz stanu cywilnego, gdzie zdecydowanie więcej osób młodych było stanu wolnego zaś wśród dorosłych dominował model życia małżeńskiego ($p=0,000$). Podobne różnice wystąpiły w zakresie posiadanego potomstwa oraz sposobu zamieszkiwania – wśród młodzieży jest to typ mieszkania samotnego bądź z rodzicami ($p=0,000$). Nie wykazano natomiast żadnych różnic pomiędzy obiema grupami odnośnie deklarowanej wiary (większość to osoby wierzące wyznania rzymsko-katolickiego) oraz orientacji seksualnej (dominuje heteroseksualność) (tab. I).

Średni wiek inicjacji seksualnej był różny w obydwu grupach i wyniósł odpowiednio: $18,42 \pm 2,05$ lat w grupie młodzieży i $19,72 \pm 2,89$ lat wśród dorosłych ($p=0,000$). Analizując deklarowane powody podjęcia inicjacji seksualnej określone pojęciami: miłość, ciekawość, presja i inne, nie wykazano istotnych różnic pomiędzy obiema grupami. Najczęstszym jednak powodem rozpoczęcia współżycia płciowego była miłość ($p=0,969$). Aktywność seksualna dotyczy zarówno młodzieży jak i dorosłych, warto zauważyć że tylko 35,68% wśród respondentów młodych nie zainicjowała życia seksualnego. Deklarowana częstość współżycia seksualnego nie wykazała różnic w obydwu grupach, choć jest ona nieco wyższa wśród osób dorosłych ($p=0,177$).

Istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy godną polecenia metodą antykoncepcji a przynależnością do grupy młodzieży studiującej lub osób dorosłych ($p=0,035$). Około 40% studentów entuzjastycznie ocenia skuteczność tabletki antykoncepcyjnej. W przypadku osób dorosłych zaledwie 28% poleca tę metodę. Stosunek przerywany jest czterokrotnie rzadziej polecany przez młodzież studiującą w porównaniu do osób dorosłych. Z kolei historyczna metoda kalendarzykowa ma swoich zwolenników zarówno wśród młodych, jak i osób dorosłych. Zdecydowana większość badanych uważa, że środki antykoncepcyjne są dostępne i nie widzą potrzeby żadnych zmian w tym zakresie (tab. II).

Analiza odpowiedzi udzielonych przez respondentów na temat zagadnień dotyczących naturalnych metod regulacji poczęć pozwala zauważyć, iż istnieje wyraźna różnica pomiędzy samooceną wiedzy na temat ten temat a prawidłowością odpowiedzi na pytania z tego zakresu w grupie młodzieży studiującej ($p=0,000$) (ryc. 1).

Podobna analiza w grupie osób dorosłych także wskazuje na istotne różnice w tym aspekcie, jednakże współczynnik r ($r=0,26$) jest blisko dwukrotnie niż-

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy
Table I. Characteristics of studied group

Zmienne	Młodzież studiująca		Osoby dorosłe		p
	n	%	n	%	
Wiek	21,5±1,6		34,4±8,9		0,0000***
Płeć	Mężczyzna	40 21,62	67 37,02	0,00121**	
	Kobieta	145 78,38	114 62,98		
Stan cywilny	Kawaler/panna	163 88,10	61 27,23	0,0000***	
	Zamężny/a	11 5,95	107 59,12		
	Wdowa/wdowiec	0 0,00	2 1,10		
	Związek nieformalny	11 5,95	11 6,08		
Wykształcenie	Podstawowe	0 0,00	5 2,76	0,0000***	
	Średnie	114 61,62	80 44,20		
	Zawodowe	3 1,62	36 19,89		
Miejsce zamieszkania	Wyższe	68 36,76	60 33,15		
	Miasto do 100 tys. mieszkańców	50 27,03	57 31,49	0,43145	
	Miasto powyżej 100 tys.	37 19,46	28 15,47		
Warunki życiowe	Wieś	98 52,97	96 53,04	0,07852	
	Bardzo dobre	37 20,00	27 14,92		
	Dobre	143 77,30	141 77,90		
Zamieszkiwanie	Trudne	5 2,70	13 7,18		
	Samotne	93 50,27	23 12,71	0,0000***	
	Z partnerem(ką)	24 12,97	37 20,44		
	Z partnerem(ką) i dziećmi	4 2,16	90 49,72		
Orientacja seksualna	Z rodzicami	63 34,05	31 17,13		
	Heteroseksualna	180 97,30	175 96,69	0,59845	
	Biseksualna	5 2,70	5 2,76		
Aktualny status zawodowy	Homoseksualna	0 0,00	1 0,55		
	Studium	185 100,00	0 0,00	0,0000***	
	Pracuję	0 0,00	159 87,85		
	Jestem na rencie	0 0,00	4 2,21		
Liczba potomstwa	Jestem bezrobotny	0 0,00	18 9,94		
	0	181 97,84	81 44,75	0,0000***	
	1	3 1,62	29 16,02		
	2	0 0,00	34 18,78		
	3	1 0,54	22 12,15		
	4	0 0,00	9 4,97		
	5	0 0,00	3 1,66		
Deklarowana wiara	6	0 0,00	3 1,66		
	Brak	7 3,78	8 4,42	0,28037	
	Katolicyzm	161 87,03	147 81,22		
	Katolik niepraktykujący	17 9,19	26 14,36		

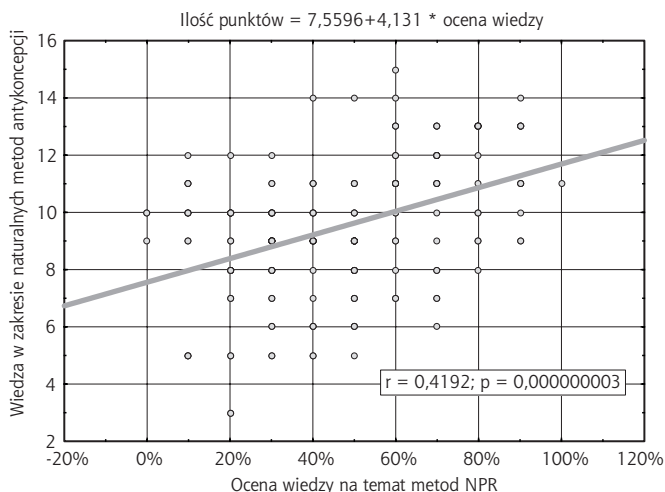
szy niż w przypadku osób studiujących, co oznacza mniejszą zależność pomiędzy samooceną wiedzy a posiadaną wiedzą osób dorosłych w porównaniu z grupa młodzieży studiującej ($p=0,0004$) (ryc. 2).

Analogicznie przeprowadzona analiza odpowiedzi odnośnie metod antykoncepcji sztucznej pokazuje, iż istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy oceną wiedzy na ten temat a prawidłowością odpowiedzi na pytania z tego zakresu w grupie młodzieży studiującej ($p=0,0000$). Zależność ta ma charakter liniowy (ryc. 3).

Analogicznie przeprowadzona analiza dla osób dorosłych pokazuje, że istnieje statystycznie niewielka

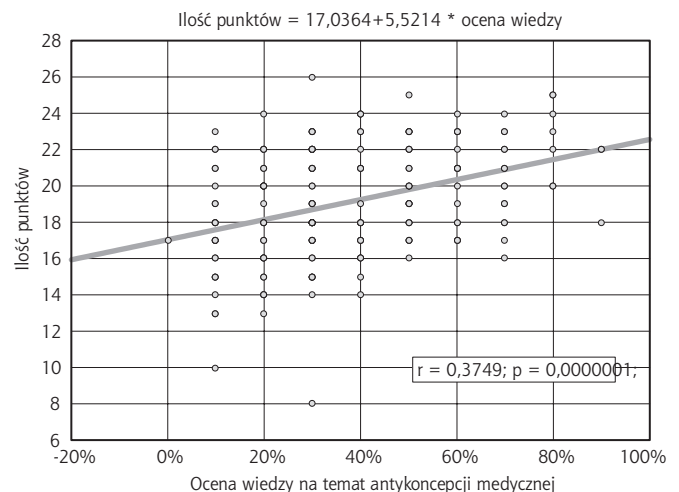
Tabela II. Różnice w deklarowanej wiedzy i postawach wobec seksualności wśród młodzieży studiującej i osób dorosłych
Table II. Differences between declared knowledge and attitudes towards sexuality in students and adults

Zmienne	Młodzież studiująca		Osoby dorosłe		p
	n	%	n	%	
Wiek inicjacji	18,42±2,05		19,72±2,89		0,0000***
Przyczyna inicjacji – miłość	Nie	35 18,92	48 26,52	0,969	
	Tak	84 45,41	114 62,98		
Przyczyna inicjacji – ciekawość	Nie	94 50,81	124 68,51	0,627	
	Tak	25 13,51	38 20,99		
Przyczyna inicjacji – presja	Nie	115 62,16	153 84,53	0,387	
	Tak	4 2,16	9 4,97		
Przyczyna inicjacji – inne	Nie	101 54,59	151 83,43	0,232	
	Tak	18 9,73	11 6,08		
Aktywność seksualna	Nie	66 35,68	19 10,50	0,0000***	
	Tak	119 64,32	162 89,50		
Częstość współżycia	Raz dziennie	3 1,62	6 3,31	0,177	
	Kilka razy w tygodniu	29 15,68	43 23,76		
	Kilka razy w miesiącu	34 18,38	61 33,70		
	Sporadycznie	53 28,65	52 28,73		
Stosowanie antykoncepcji	Nie, nie stosowałem/am	7 0,38	20 11,05	0,204	
	Tak, stosowałem/am	39 21,08	57 31,49		
	Tak, stosuję	36 19,46	37 20,44		
	Tak, stosowałem/am i stosuję	37 20,00	48 26,52		
Metoda godna polecenia	Środki mechaniczne kobiece	4 2,16	6 3,31	0,035*	
	Prezerwatywy	43 50,59	48 26,52		
	Metoda obserwacji śluzu	12 6,49	6 3,31		
	Tabletki antykoncepcyjne	74 26,49	50 27,62		
	Metoda objawowo-termiczna	17 9,19	19 10,50		
	Stosunek przerywany	4 2,16	14 7,73		
	Wkładka wewnątrzmaciczną	5 2,70	3 1,66		
	Metoda wielowskażnikowa	6 3,78	5 2,76		
	Plastry antykoncepcyjne	6 3,78	3 1,66		
	Wstrzyknięcia hormonalne typu depo	1 0,54	1 0,55		
	Kalendarzyk małżeński	13 7,03	22 12,15		
	Metoda termiczna	0 0,00	4 2,21		
	Dostępność środków antykoncepcyjnych w Polsce	Środki antykoncepcyjne są zbyt trudno dostępne, powinno się rozszerzyć możliwość ich nabycia	13 7,03	26 14,36	0,08566
	Środki antykoncepcyjne są dostępne w wystarczającym stopniu, niczego w tym zakresie nie należy zmieniać	108 58,38	88 48,62		
	Trudno powiedzieć	49 26,49	49 27,07		
	Środki antykoncepcyjne są zbyt łatwo dostępne, powinno się ograniczyć możliwość ich nabycia	15 8,11	18 9,94		



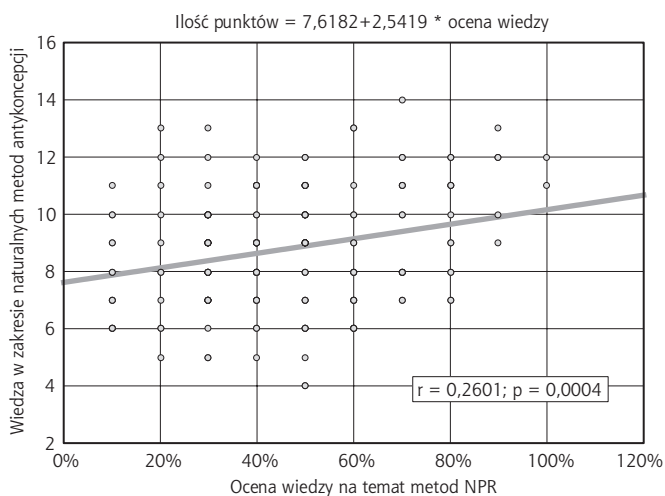
Ryc. 1. Średnia ocena wyniku testu dotyczącego naturalnych metod antykoncepcji funkcji stopnia samooceny wiedzy wśród młodzieży studiującej

Fig. 1. Average evaluation of results of test on natural contraceptive methods in self-assessment of students' knowledge



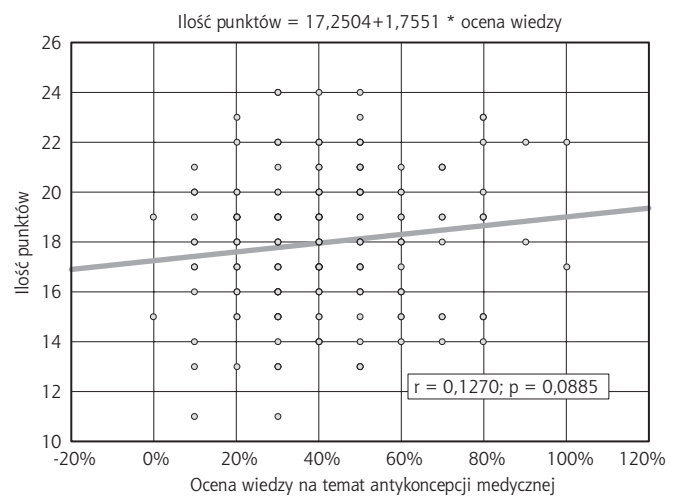
Ryc. 4. Średnia ocena wyniku testu dotyczącego sztucznych metod antykoncepcji funkcji stopnia samooceny wiedzy wśród osób dorosłych

Fig. 4. Average evaluation of results of test on artificial contraceptive methods in self-assessment of adults' knowledges



Ryc. 2. Średnia ocena wyniku testu dotyczącego naturalnych metod antykoncepcji funkcji stopnia samooceny wiedzy wśród osób dorosłych

Fig. 2. Average evaluation of results of test on natural contraceptive methods in self-assessment of adults' knowledge.



Ryc. 3. Średnia ocena wyniku testu dotyczącego sztucznych metod antykoncepcji funkcji stopnia samooceny wiedzy wśród młodzieży studiującej

Fig. 3. Average evaluation of results of test on artificial contraceptive methods in self-assessment of students' knowledge

różnica pomiędzy samooceną wiedzy na temat antykoncepcji medycznej a prawidłowością odpowiedzi na pytania z tego zakresu w grupie osób dorosłych ($p=0,08$). Przy czym współczynnik r ($r=0,127$) jest ponad dwukrotnie niższy niż w przypadku osób studiujących, co oznacza dużo mniejszą zależność pomiędzy oceną wiedzy a posiadaną wiedzą osób dorosłych w porównaniu z grupą młodzieży studiującej (ryc. 4).

Dyskusja

Rozpatrując wyniki badań własnych kluczowym jest obniżający się wiek inicjacji seksualnej w obydwu grupach: wśród młodzieży 18,42 lat, natomiast w grupie dorosłych 19,72 lat. Podobne dane przedstawia raport „Seks Polaków w Internecie” – średni wiek

inicjacji to 18,8 lat; co istotne, respondenci w wieku do 20 lat częściej rozpoczynali współżycie płciowe przed ukończeniem 17 roku życia, natomiast osoby wkraczające obecnie w 40-50 rok życia zaczynało aktywność seksualną powyżej 19 lat. W ciągu ostatnich 30 lat średnia wieku inicjacji seksualnej obniżyła się o ponad 2 lata. [9]. Badania studentów także potwierdzają trend rozpoczynania aktywności seksualnej w wieku 18 lat [10]. Niepokojącym jest fakt, iż najniższy wiek badanego, który odbył stosunek seksualny, wyniósł 11 lat; podobne wyniki prezentują Izdebski [11] oraz Depko i Jąderek [12]. Część autorów jako powody tej sytuacji podają łatwy dostęp do pornografii uzależniania się od niej [12]. Z kolei konsekwencje zdrowotne wynikające z wczesnej inicjacji seksualnej

w postaci chorób przenoszonych drogą płciową (STD), niepłodności i powikłań położniczych w przyszłości, urazów emocjonalnych, innych ryzykownych dla zdrowia, często mogą ujawnić się po dłuższym okresie czasu [8, 13, 14].

Istotny element wiążący się z podjęciem życia seksualnego to kwestia stosowania metod antykoncepcyjnych. Jak podają wyniki raportu przeprowadzonego wśród nastolatków, duży odsetek pytanym nie stosował zabezpieczeń przy pierwszym kontakcie seksualnym [12], natomiast badania Zdrojewicza i wsp. pokazują iż 72% badanych użyło prezerwatywy jak ośrodka zabezpieczającego przed chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz niepożądaną ciążą [10]. Podobny wynik przedstawia Nowosielski i wsp. – dla 96,9% badanych prezerwatywa była najczęściej stosowaną metodą antykoncepcyjną [15]. Problematyka zabezpieczenia barierowego w aspekcie zapobiegania chorobom STD jest przedmiotem troski w kontekście zdrowia reprodukcyjnego Polaków. Doniesienia Czubińskiej i Gańczak przeprowadzone wśród młodej polskiej emigracji pokazują, iż osoby będące w związku częściej odbywają stosunek seksualny bez zabezpieczenia w kontakcie z przypadkową osobą, w porównaniu do osób niebędących w związku [16].

Analizując deklarowane powody podjęcia inicjacji seksualnej określone pojęciami: miłość, ciekawość, presja i inne, nie wykazano w badaniu własnym istotnych różnic pomiędzy grupami. Najczęstszym powodem rozpoczęcia współżycia płciowego była miłość. Nieco inne wyniki uzyskał Izdebski; wśród chłopców najczęściej wymieniane powody inicjacji seksualnej to: podniecenie seksualne (64,3%), przyjemność (64,4%) i ciekawość (60,6%); wśród dziewcząt to miłość (78,7%), kolejno – podniecenie seksualne (50,2%) i przyjemność (45,9%) [11]. Z kolei Zdrojewicz i wsp. podają, iż główne determinanty inicjacji seksualnej wśród studentów to miłość i ciekawość i ma to związek z kierunkiem podjętych studiów. Studenci kierunków medycznych zdecydowanie częściej kierują się miłością przy inicjowaniu życia intymnego [10].

W badaniu własnym deklarowana częstość współżycia seksualnego nie wykazała różnic w obydwu grupach, choć była ona nieco wyższa wśród osób dorosłych. Najczęściej wybieraną odpowiedzią była opcja: kilka razy w tygodniu oraz kilka razy w miesiącu. Podobny wynik przedstawia Zdrojewicz i wsp. [10]. Z kolei dane z internetowego badania nad seksualnością Polaków pokazują, iż połowa badanych odbywa stosunek płciowy przynajmniej raz w tygodniu, aż 1/3 badanych ma kontakty seksualne dwa lub trzy razy w tygodniu. Wysoko oceniona aktywność seksualna przez 2/3 badanych w wieku 15-59 lat, przekłada się na brak problemów ze zdrowiem seksualnym [9].

Należy pamiętać, iż w życiu dorosłego mogą pojawiać się sytuacje zmieniające intensywność życia seksualnego i część z nich, np. ciąża, są fizjologiczne i mają charakter przejściowy [17].

Analiza danych odnośnie stanowiska młodzieży i dorosłych wobec metod antykoncepcyjnych pokazuje, iż istnieje istotna różnica pomiędzy pokoleniami – młodszy respondenci są zdecydowanie zwolennikami tabletek antykoncepcyjnych, natomiast dorośli chętniej polecają stosunek przerywany jako dobrą metodę regulacji poczęć. Dodatkowa analiza wiedzy oraz samooceny posiadanej przez młodzież wiedzy na temat metod antykoncepcji pokazuje, iż istnieje różnica w tym aspekcie pomiędzy młodymi a dorosłymi na korzyść grupy młodszych respondentów. Wyniki badania ankietowego wśród nastolatków w wieku 15-18 lat odnośnie antykoncepcji, wyraźnie wskazują na deficyty dotyczące różnych mechanizmów działania antykoncepcji i zasad ich stosowania, ale także braki w elementarnej wiedzy dotyczącej fizjologii seksualnej [12]. Podobne tezy wysuwa Napieralska wiążąc ponadto tematykę antykoncepcji bardziej z debatą polityczną i społeczną niż profesjonalną wiedzą medyczną [18]. Inne badania przeprowadzone wśród młodzieży licealnej pokazują, iż młodzież posiada wiedzę na temat konieczności poddania się badaniu u ginekologa przed włączeniem środków hormonalnych, ale wykazuje wyraźny deficyt wiedzy w zakresie powikłań jakie mogą być konsekwencją stosowania tych preparatów [19]. Z kolei badania przeprowadzone wśród studentów pokazują, iż najczęściej wybieraną formą antykoncepcji są prezerwatywa oraz środki hormonalne, a kryterium wyboru stanowi skuteczność danego środka. Stąd najniżej zostały przez nich ocenione metody naturalne [10]. Analogiczne są wyniki uzyskane wśród młodych dorosłych województwa śląskiego, gdzie została dodatkowo oceniona skuteczność w zapobieganiu STD – zdecydowanie najczęściej wskazywano na prezerwatywę [15]. Z kolei badania przeprowadzone wśród mężatek pokazują, iż najczęściej stosowane przez nich metody (środki dopochwowe oraz tabletki antykoncepcyjne) nie wpływają na ocenę ich jakości życia intymnego jako satysfakcjonującego [20]. Jednakże wpływ na decyzję o wyborze środka antykoncepcyjnego ma poziom religijności kobiet, naturalne metody częściej stosują osoby deklarujące wiarę w Boga, z drugiej strony są przeciw zakazowi stosowania środków antykoncepcyjnych [21].

Uzyskane wyniki jednoznacznie pokazują, iż zagadnienie zdrowia seksualnego jest niezwykle ważnym elementem pojęcia satysfakcji z życia i jest coraz częściej analizowane w badaniach ukierunkowanych na różne grupy wiekowe. Charakter tych badań powinien być wielowymiarowy i mieć aspekt praktyczny zarówno kliniczny jak i psychologiczny.

Wnioski

1. Średni wiek inicjacji seksualnej jest istotnie niższy w grupie respondentów studiujących, choć powody rozpoczęcia życia seksualnego są podobne w obydwu grupach.
2. Młodszy respondenci częściej są zwolennikami metod antykoncepcyjnych hormonalnych.

3. Występuje rozdźwięk pomiędzy posiadaną a deklarowaną wiedzą odnośnie metod regulacji poczęć i antykoncepcji w grupie osób studiujących. Mimo to wiedza ta jest i tak wyższa niż wśród respondentów dorosłych.

Piśmiennictwo / References

1. WHO European Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health, Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2002.
2. Sadosky R, Nusbaum M. Sexual Health Inquiry and Support Is a Primary Care Priority. *J Sex Med* 2006, 3: 3-11.
3. WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Reproductive health/pregnancy programme, Copenhagen, 2001.
4. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Wyd Nauk PWN, Warszawa 2008.
5. Ostaszewski K. Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży. [w:] Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej. Deptuła M (red). Wyd Uniw Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005.
6. Makara-Studzińska M. Zachowania ryzykowne młodzieży a wiktymizacja w dzieciństwie. Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 2007.
7. Izdebski Z. Rozwój seksualny [w:] Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania. Woynarowska B (red). Wyd Nauk PWN, Warszawa 2010.
8. Wróblewska W. Psychospołeczne i demograficzne następstwa wczesnej inicjacji seksualnej nastolatków. *Nowa Med* 2007, 4: 85-91.
9. Izdebski Z. Seks Polaków w Internecie. Raport Polpharmy Zbigniewa Izdebskiego nt. seksualności Polaków w Internecie, 2010.
10. Zdrojewicz Z, Belowska-Bień K, Nocoń J i wsp. Badanie seksualności studentów wrocławskich uczelni. *Seksuol Pol* 2005, 3: 37-42.
11. Izdebski Z. Seksualność Polaków na początku XXI wieku [w:] Studium badawcze. Wyd UJ, Kraków 2012.
12. Depko A, Jąderek I. Raport z projektu: Antykoncepcja masz prawo wiedzieć. Warszawa, 2013.
13. Chazan B (red). Zdrowotne następstwa przedwczesnej inicjacji seksualnej u dziewcząt. Ekspertyza przygotowana dla Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2007.
14. Imacka J, Bulsa M. Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. *Hygiea Public Health* 2012, 47(3): 272-276.
15. Nowosielski K, Drozd A, Skrzypulec V i wsp. Seksualność młodych dorosłych województwa śląskiego. *Ginekol Prakt* 2005, 83(2): 32-39.
16. Czubińska G, Gańczak M. Emigracja i zmiana otoczenia etniczno-kulturowego jako czynnik wpływający na modyfikowanie się postaw i zachowań seksualnych Polaków w Wielkiej Brytanii po 2004 roku – wstępne doniesienie badawcze. Materiały pokonferencyjne: Młoda polska emigracja w UE jako przedmiot badań psychologicznych, socjologicznych i kulturowych. EuroEmigranci.PL, Kraków 23-24.IX.2013 r.
17. Sytyl K, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB i wsp. Wpływ ciąży na odczuwanie satysfakcji seksualnej kobiet. *Wiad Lek* 2012, 65(3): 157-161.
18. Napieralska E. Antykoncepcja wśród nastoletnich dziewcząt. *Now Lek* 2010, 79(1): 18-21.
19. Kanadys K, Niziołek I, Lewicka M i wsp. Wiedza młodzieży licealnej o hormonalnych środkach antykoncepcyjnych. *Cześć I. Med Og Nauk Zdr* 2012, 18(3): 176-180.
20. Wróbel B. Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim. *Ginekol Pol* 2008, 79: 99-107.
21. Rutkowska A, Rolińska A, Milanowska J, Kowalska J, Kryś K, Sidor K, Makara-Studzińska M. Metody zapobiegania ciąży w ocenie kobiet w wieku rozrodczym a deklarowana istotność wiary katolickiej – badania pilotażowe. *Med Og Nauk Zdr* 2012, 18(2): 113-117.