

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Wydział Nauk Społecznych

Instytut Psychologii

mgr Magdalena Berek - Zamorska

**ZDOLNOŚĆ HEDONICZNA, PRZEKONANIA NA TEMAT
SEKSUALNOŚCI I SATYSFAKCJA ODCZUWANA W RELACJI
JAKO WYZNACZNIKI FUNKCJONOWANIA KOBIET W
SFERZE SEKSUALNEJ**

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem:

dr hab. prof. UŚ Małgorzaty Górnik - Durose

KATOWICE 2023

OŚWIADCZENIE AUTORA PRACY

Ja, niżej podpisany/a:

imię (imiona) i nazwisko: Magdalena Berek - Zamorska,

autor/ka pracy dyplomowej pt.

Zdolność hedoniczna, przekonania na temat seksualności i satysfakcja odczuwana w relacji jako wyznaczniki funkcjonowania kobiet w sferze seksualnej

Oświadczam, że ww. praca dyplomowa:

- została przygotowana przeze mnie samodzielnie,
- nie narusza praw autorskich w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.) oraz dóbr osobistych chronionych prawem cywilnym,
- nie zawiera danych i informacji, które uzyskałem/łam w sposób niedozwolony, nie była podstawą nadania stopnia doktora nauk, dyplomu wyższej uczelni lub tytułu zawodowego ani mnie, ani innej osobie.

Oświadczam również, że treść pracy dyplomowej zapisanej na przekazanym przeze mnie jednocześnie nośniku elektronicznym jest identyczna z treścią zawartą w wydrukowanej wersji pracy.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

miejsowość, data

Podpis autora pracy

PODZIĘKOWANIA

Serdecznie dziękuję mojej promotor, Pani dr hab. Prof. UŚ Małgorzacie Górnik-Durose za czas poświęcony mi w trakcie tworzenia tej pracy, cenne wskazówki oraz inspirujące rozmowy.

Dziękuję Pani dr hab. Hannie Przybyłe-Basiście oraz Pani dr Dagnie Kocur za wartościowe opinie urealnijające moje początkowe pomysły badawcze.

Dziękuję mojemu mężowi, Wojtkowi, za niezwykłą cierpliwość i wspierające towarzyszenie w procesie tworzenia tej pracy. Za motywację, filiżanki kawy, pożywne śniadania i troskę o mój dobrostan – dziękuję.

Dziękuję mojej mamie za nieustanną wiarę w mój sukces oraz wsparcie i motywowanie w chwilach zwątpienia.

Szczególne podziękowania dla Ani Zalewskiej, Eryki Probierz i Oli Szczęsnej za to, że dzięki nim, czas studiów doktoranckich, oprócz intelektualnego wysiłku i ciężkiej pracy, był czasem podnoszącego na duchu, pięknego siostrzeństwa.

Dziękuję ważnym i wspaniałym kobietom, których tak wiele jest obecnych w moim życiu, a w szczególności Agnieszce, Bognie, Aleksie, Bognie i Paulinie.

Były one – i nieustannie są – inspiracją i wsparciem.

Jestem wdzięczna także tym kobietom, które wzięły udział w moich badaniach i tym samym umożliwiły napisanie niniejszej pracy.

Na koniec dziękuję T. i T. za nieoceniony wkład w powstanie tej pracy, choć nigdy nie będzie im dane przeczytać efektu tego procesu.

| | |
|---|-----------|
| WPROWADZENIE | 9 |
| CZEŚĆ TEORETYCZNA | 13 |
| 1. PRZYJEMNOŚĆ I ZDOLNOŚĆ HEDONICZNA | 13 |
| 1.1. ROZWAŻANIA WSTĘPNE | 13 |
| 1.2. FILOZOFICZNE POCZĄTKI ROZWAŻAŃ NAD PRZYJEMNOŚCIĄ | 14 |
| 1.3. HISTORIA BADAŃ NAD PRZYJEMNOŚCIĄ | 18 |
| 1.4. NEUROBIOLOGICZNE I NEUROCHEMICZNE PODSTAWY ODCZUWANIA PRZYJEMNOŚCI | 19 |
| 1.5. TRÓJFAZOWY MODEL ODCZUWANIA PRZYJEMNOŚCI | 20 |
| 1.6. RODZAJE PRZYJEMNOŚCI I ZALEŻNOŚCI MIĘDZY NIMI | 22 |
| 1.7. PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNO-KULTUROWE KORELATY ODCZUWANIA PRZYJEMNOŚCI | 23 |
| 1.7.1. Uwagi ogólne | 23 |
| 1.7.2. Osobowościowe korelaty odczuwania przyjemności | 24 |
| 1.7.3. Społeczno-kulturowe korelaty odczuwania przyjemności | 26 |
| 1.8. ZNACZENIE PRZYJEMNOŚCI, W TYM PRZYJEMNOŚCI SEKSUALNEJ, DLA FUNKCJONOWANIA CZŁOWIEKA | 27 |
| 1.8.1. Przyjemność a zdrowie człowieka | 27 |
| 1.8.2. Ewolucyjne znaczenie przyjemności | 28 |
| 1.8.3. Biochemia przyjemności i jej wpływ na zdrowie i samopoczucie | 29 |
| 1.9. TRUDNOŚCI W PRZEŻYWANIU PRZYJEMNOŚCI | 30 |
| 1.9.1. Trudności w przeżywaniu przyjemności jako objaw chorób i zaburzeń psychicznych | 30 |
| 1.9.2. Anhedonia jako stan i cecha | 31 |
| 1.9.3. Cykliczny model anhedonii | 32 |
| 2. FUNKCJONOWANIE SEKSUALNE | 34 |
| 2.1. UWAGI WSTĘPNE | 34 |
| 2.2. PRAWIDŁOWOŚCI W FUNKCJONOWANIU SEKSUALNYM | 35 |
| 2.3. MODELE REAKCJI SEKSUALNYCH | 37 |
| 2.4. SPECYFIKA REAKCJI SEKSUALNYCH U KOBIET | 38 |
| 2.4.1. Cykliczne modele reakcji seksualnych u kobiet | 38 |
| 2.4.2. Motywacja do podejmowania aktywności seksualnej | 40 |
| 2.4.3. Rozumienie kobiecych reakcji seksualnych a trudności seksualne | 41 |
| 2.5. POZASEKSUALNE CZYNNIKI ZWIĄZANE Z FUNKCJONOWANIEM SEKSUALNYM | 42 |
| 2.5.1. Uwagi wstępne | 42 |
| 2.5.2. Czynniki psychologiczne istotne dla funkcjonowania seksualnego kobiet | 43 |
| 2.5.3. Czynniki relacyjne istotne dla funkcjonowania seksualnego kobiet | 44 |
| 2.5.4. Czynniki społeczne i kulturowe istotne dla funkcjonowania seksualnego kobiet | 46 |
| 3. DYSFUNKCJE SEKSUALNE – TRUDNOŚCI W FUNKCJONOWANIU SEKSUALNYM | 48 |
| 3.1. DEFINICJA I AKTUALNE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE | 48 |
| 3.2. TRUDNOŚCI W PRZEŻYWANIU PRZYJEMNOŚCI SEKSUALNEJ JAKO OBJAW DYSFUNKCJONALNEGO FUNKCJONOWANIA SEKSUALNEGO | 51 |
| 3.3. DYSFUNKCJE SEKSUALNE A DEPRESJA I INNE ZABURZENIA PSYCHICZNE | 53 |
| 3.3.1. Dysfunkcje seksualne towarzyszące różnym zaburzeniom psychicznym | 53 |
| 3.3.2. Funkcjonowanie seksualne osób z depresją | 54 |

| | |
|--|------------|
| 3.3.3. <i>Specyfika zaburzeń depresyjnych u kobiet</i> | 55 |
| 3.3.4. <i>Dwukierunkowa zależność pomiędzy depresją a zaburzeniami funkcjonowania seksualnego</i> | 56 |
| 3.3.5. <i>Polekowe dysfunkcje seksualne</i> | 58 |
| 3.4. WYSTĘPOWANIE DYSFUNKCJI SEKSUALNYCH U KOBIET..... | 59 |
| 3.5. TERAPIA DYSFUNKCJI SEKSUALNYCH W KONTEKŚCIE SEKSUALNOŚCI KOBIET I CZYNNIKÓW RYZYKA..... | 62 |
| 4. PRZEKONANIA DOTYCZĄCE FUNKCJONOWANIA SEKSUALNEGO | 64 |
| 4.1. PRZEKONANIA - PERSPEKTYWA POZNAWCZA..... | 64 |
| 4.2. ZNACZENIE PRZEKONAŃ DLA ZDROWIA I ZACHOWAŃ CZŁOWIEKA..... | 64 |
| 4.3. PRZEKONANIA ISTOTNE DLA SEKSUALNOŚCI..... | 66 |
| 4.4. ZNACZENIE PRZEKONAŃ NA TEMAT SEKSUALNOŚCI I ROLI SEKSUALNEJ KOBIET DLA ICH SEKSUALNEGO FUNKCJONOWANIA..... | 68 |
| 5. POWIĄZANIA POMIĘDZY CZYNNIKAMI INDYWIDUALNYMI, RELACYJNYMI, SPOŁECZNO-KULTUROWYMI A TRUDNOŚCIAMI W FUNKCJONOWANIU SEKSUALNYM ZWIĄZANYMI Z DOŚWIADCZANIEM PRZYJEMNOŚCI U KOBIET | 71 |
| 5.1. MODEL FUNKCJONALNEJ I DYSFUNKCJONALNEJ SPRAWNOŚCI SEKSUALNEJ BARLOWA..... | 71 |
| 5.2. MODEL POZNAWCZY DYSFUNKCJI SEKSUALNYCH OETTINGEN..... | 72 |
| 5.3. POWIĄZANIA POMIĘDZY CZYNNIKAMI INDYWIDUALNYMI, RELACYJNYMI, SPOŁECZNO-KULTUROWYMI A TRUDNOŚCIAMI W FUNKCJONOWANIU SEKSUALNYM ZWIĄZANYMI Z DOŚWIADCZANIEM PRZYJEMNOŚCI U KOBIET – PODSUMOWANIE ROZWAŻAŃ TEORETYCZNYCH..... | 74 |
| CZĘŚĆ EMPIRYCZNA | 79 |
| 6. PROBLEM I METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH | 79 |
| 6.1. PROBLEM BADAWCZY I CEL BADAŃ..... | 79 |
| 6.2. MODEL ZALEŻNOŚCI MIĘDZY ZMIENNYMI..... | 81 |
| 6.3. PYTANIA BADAWCZE I HIPOTEZY..... | 82 |
| 6.3.1. <i>Główne pytania badawcze</i> | 82 |
| 6.3.2. <i>Szczegółowe pytania badawcze i hipotezy</i> | 83 |
| 6.4. OPERACJONALIZACJA ZMIENNYCH..... | 97 |
| 6.5. METODA I NARZĘDZIA BADAWCZE..... | 101 |
| 6.6. OSOBY BADANE..... | 108 |
| 6.7. PROCEDURA..... | 108 |
| 7. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH | 110 |
| 7.1. CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH..... | 110 |
| 7.2. OPIS STATYSTYCZNY ZMIENNYCH..... | 111 |
| 7.2.1. <i>Funkcjonowanie seksualne</i> | 111 |
| 7.2.2. <i>Zdolność hedoniczna</i> | 115 |
| 7.2.3. <i>Satysfakcja odczuwana w relacji</i> | 117 |
| 7.2.4. <i>Dysfunkcjonalne przekonania o seksualności</i> | 118 |
| 7.3. ODPOWIEDZI NA PYTANIA BADAWCZE I WERYFIKACJA HIPOTEZ..... | 119 |
| 7.3.1. <i>Czy istnieje ogólna zdolność hedoniczna czy zdolność doświadczanie przyjemności odnosi się do poszczególnych sfer funkcjonowania człowieka (zmysłowej, seksualnej, społecznej)</i> | 119 |

| | |
|--|------------|
| 7.3.2. Jakie są związki pomiędzy funkcjonowaniem w sferze seksualnej, zdolnością hedoniczną, przekonaniem na temat seksualności, zadowolenie z relacji i satysfakcją seksualną? | 125 |
| 7.3.3. Czy i w jakim zakresie wybrane zmienne o charakterze demograficznym i medycznym oraz poziom wiedzy o seksualności i religijność wiążą się z głównymi zmiennymi? | 138 |
| 7.3.4. Czy i w jakim zakresie zdolność hedoniczna, satysfakcja seksualna, przekonania na temat seksualności i zadowolenie z relacji wyjaśniają funkcjonowanie w sferze seksualnej? | 153 |
| 7.3.5. Analizy dodatkowe | 175 |
| 8. INTERPRETACJA I Dyskusja Wyników Badań Własnych | 178 |
| 8.1. Podsumowanie wyników | 178 |
| 8.2. Dyskusja wyników | 183 |
| 8.3. Ograniczenia badań własnych | 189 |
| 8.4. Kierunki dalszych badań | 191 |
| 8.5. Wnioski aplikacyjne | 192 |
| Bibliografia | 195 |
| Spis Rysunków | 225 |
| Spis Tabel | 225 |
| Aneks | 228 |
| Streszczenie | 237 |

Wprowadzenie

Gdy w 1999 roku opublikowana została powszechna deklaracja praw seksualnych człowieka, będąca zbiorem praw człowieka dotyczących seksualności, seksualność i wynikająca z jej ekspresji przyjemność seksualna, została jednoznacznie uznana nie tylko za prawo przysługujące każdej żywej istocie, ale także czynnik zwiększający dobrostan człowieka i polepszający jego zdrowie psychiczne i fizyczne (WHO, 1999). Rozszerzenie Powszechnej Deklaracji Praw Seksualnych Człowieka przez Światowe Stowarzyszenie Zdrowia Seksualnego (World Association for Sexual Health, WAS) z 2014 roku dodatkowo podkreśliło znaczenie seksualności, uznając ją za kluczowy aspekt życia człowieka przez całą długość jego trwania i stanowiącą zarówno źródło przyjemności i dobrostanu, jak i czynnik przyczyniający się do osiągnięcia ogólnego spełnienia i satysfakcji.

Mimo oficjalnego uznania seksualności za naturalną ludzką właściwość i jeden z obszarów życia jednoznacznie sprzyjający dobrostanowi i wysokiej jakości życia, sfera seksualna dla większości społeczeństwa wciąż pozostaje tematem tabu. Tabuizacja seksualności wpływa niejednokrotnie na łamanie innych praw człowieka poprzez np. ograniczanie dostępu do rzetelnej edukacji seksualnej, brak metod zwalczania nierówności i dyskryminacji ze względu na płeć, utrudnianie dostępu do opieki medycznej. Sprawia to, że bywa także przyczyną ignorowania problemów w życiu seksualnym, narastania dyskomfortu psychicznego i obniżania jakości życia.

Wiele publikacji naukowych podejmujących temat szeroko pojętej seksualności, w tym praw seksualnych i zdrowia seksualnego, podkreśla konieczność zgłębiania wiedzy na temat przyjemności seksualnej, uznając wspólny obszar zdrowia seksualnego, praw seksualnych i przyjemności seksualnej za tak zwany idealny trójkąt (*the perfect triangle*; Gruskin i in., 2019). Przyjemność seksualna uznawana jest za jedną z fundamentalnych zasad sprzyjających ludzkiej godności i równości (Petchesky, 2000; Logie i in., 2021). Przyjemność seksualna została uznana również za istotną nie tylko dla fizycznego i psychicznego dobrostanu, ale również dla zdrowia - w tym zdrowia seksualnego (Coleman i in., 2021). W konsekwencji, przyjemność seksualna została uznana za jedno z praw seksualnych człowieka, które stanowią dopełnienie ogólnych praw człowieka - w 2021, Światowa Organizacja do spraw Zdrowia Seksualnego (WAS) ustanowiła

Deklarację Seksualnej Przyjemności honorując tym samym dotychczasowe działania na rzecz wspierania seksualności (WAS, 2021, za: Coleman i in., 2021).

Zwrócono jednak uwagę, że niewiele badań naukowych z obszaru seksuologii dotyczy przyjemności seksualnej, szczególnie tej pojawiającej się w związkach nieheteroseksualnych, mimo że uzyskiwanie przyjemności seksualnej jest jednym z kluczowych motywatorów podejmowania aktywności seksualnej i czynnikiem kształtującym zachowania seksualne (Jones, 2019; Coleman i in., 2021). Jessie Ford i współpracownicy (2021), w swoim artykule dotyczącym zdrowia seksualnego, jednoznacznie stwierdzają, że przyjemność seksualna jest w praktyce medycznej tematem stygmatyzowanym, często pomijanym. Autorzy wskazują, że konieczne jest zbadanie powiązań pomiędzy przyjemnością seksualną a występowaniem dysfunkcji seksualnych (Ford i in., 2021). W świetle powyższych doniesień podejmowanie w badaniach naukowych tematu przyjemności w perspektywie funkcjonowania seksualnego wydaje się być szczególnie istotne.

Badania na polskiej populacji wskazują, że do najczęstszych dysfunkcji seksualnych występujących u kobiet należą zaburzenia pożądania, zaburzenia podniecenia seksualnego oraz zaburzenia orgazmu. Zaburzenie pożądania, dotyczą ¼ populacji polskich kobiet, natomiast zaburzenia podniecenia dotyczą 20% populacji kobiet (Lew-Starowicz, 2015). Wielu autorów wskazuje, że funkcjonowanie seksualne jest jednym z często niedocenianych obszarów funkcjonowania człowieka i mającym znaczenie dla zdrowia, funkcjonowania rodzinnego, zawodowego oraz samorozwoju (np. WHO, 1999; Nagoski, 2015; Gianotten, 2021; Gianotten i in., 2021). Pogorszenie zdrowia czy trudności przeżywane w innych obszarach życia, często znajdują swoje odzwierciedlenie w nieprawidłowym funkcjonowaniu seksualnym, a występowanie zaburzeń funkcjonowania seksualnego często towarzyszy innym zaburzeniom i chorobom psychicznym, takim jak schizofrenia, depresja, silne obniżenia nastroju czy nerwice (Balon, Segraves, 2005; Bancroft, 2011).

Depresja jest najlepiej zbadaną chorobą psychiczną w związku z występowaniem dysfunkcji seksualnych (Jakima, 2020; Jakima, Lew-Starowicz, 2010). Jest ona uważana za jeden z najbardziej powszechnych problemów zdrowotnych dotyczących całej populacji, który prowadzi do istotnego zmniejszenia poczucia szczęścia, jakości życia, produktywności i doświadczania trudności w relacjach interpersonalnych (Jakima, Lew-Starowicz, 2010). Epidemia depresji, o której pisał Seligman już w 2000 roku, jest realnym problemem współczesnego świata, a aktualne statystyki wskazują, że liczba osób

diagnozowanych w kierunku zaburzeń nastroju i depresji, z roku na rok rośnie. Zgodnie z prognozami WHO do 2030 roku depresja stanie się najczęściej diagnozowaną chorobą na świecie, a już teraz jest czwartą przyczyną niepełnosprawności.

W obrazie klinicznym depresji często pojawia się anhedonia, czyli trudność lub niezdolność do odczuwania przyjemności. Przyjemność może być czerpana z różnorodnych źródeł, o czym najlepiej świadczą badania dotyczące odczuwania przyjemności wynikającej z realizacji hobby, zainteresowań i doświadczania stanu *flow*. Jednak obok tzw. przyjemności wyższego rzędu (artystycznych, transcendentnych itp.), źródłem przyjemności - niezmiennie od pokoleń i uniwersalnie - jest bez wątpienia realizacja podstawowych potrzeb, takich jak zaspokajanie pragnienia, głodu i popędu płciowego (Kringelbach, 2010; Kringelbach i Berridge, 2010; Kringelbach, 2017; Lowen, 2022). Za doświadczanie przyjemności na poziomie biologicznym odpowiedzialne są struktury neuronalne, jednak równie istotna jest zdolność jednostki do rejestrowania potencjalnie przyjemnych bodźców (Kringelbach, 2017). Na zdolność hedoniczną człowieka, czyli w dużej mierze potencjał, gotowość do odczuwania przyjemności ma wpływ wiele czynników związanych z właściwościami biologicznymi, psychologicznymi i społeczno-kulturowymi jednostki (Kringelbach, Berridge, 2010; Rømer Thomsen, 2015; Kringelbach, 2017; Sun i in., 2020).

Zależność ta jest widoczna w funkcjonowaniu seksualnym kobiet i odczuwanej przez nie przyjemności płynącej z aktywności seksualnej. W diagnozowaniu i leczeniu dysfunkcji seksualnych mających charakter medyczny, zwłaszcza u kobiet szczególną uwagę poświęca się aspektowi psychologicznemu – zarówno jako przyczynie, jak i skutkowi tych zaburzeń funkcjonowania. Pogorszenie subiektywnej jakości życia, występowanie symptomów depresyjnych, obniżenie satysfakcji seksualnej i samooceny czy utrata przyjemności ze współżycia to najczęściej zgłaszane przez kobiety objawy towarzyszące występowaniu objawów dysfunkcji seksualnych (Basson, 2005).

Powiązania pomiędzy przyjemnością i trudnością w jej doświadczaniu, objawami depresji, funkcjonowaniem seksualnym i relacyjnym wydają się być w dużej mierze oczywiste, jednak wciąż nie są znane dokładne związki między nimi.

Podejmowany w pracy problem badawczy jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, łączącym dziedziny wiedzy takie jak seksuologia, psychologia i biologia. Praca podejmuje bowiem temat powiązań między występowaniem dysfunkcji seksualnych a trudnościami w odczuwaniu przyjemności u kobiet. Celem przeprowadzonych badań była identyfikacja czynników mogących modyfikować odczuwanie przyjemności, w tym przyjemności

seksualnej przez kobiety, a także wyodrębnienie czynników ryzyka i czynników chroniących przed rozwojem trudności w odczuwaniu przyjemności i dysfunkcji seksualnych z tym związanych. W początkowych rozdziałach, będących teoretyczną częścią pracy, przedstawiono założenia teoretyczne dotyczące kluczowych dla realizacji tematu zagadnień - zdolności hedonicznej i przyjemności (rozdział 1), trudności w odczuwaniu przyjemności (rozdział 2), funkcjonowania seksualnego kobiet (rozdział 3) i przekonań dotyczących funkcjonowania seksualnego (rozdział 4). W kolejnym rozdziale zostały omówione związki pomiędzy nimi (rozdział 5). W rozdziałach 6 i 7 zaprezentowano plan i wyniki badań własnych. Rozdział 8 zawiera ich omówienie i dyskusję.

Część teoretyczna

1. Przyjemność i zdolność hedoniczna

1.1. Rozważania wstępne

Niewiele rzeczy stanowi nagrodę samą w sobie, w takim stopniu jak przyjemność. Nasze działania prowadzą do powtarzania aktywności, które umożliwiają osiągnięcie przyjemności i do unikania tego, co przyjemności nie generuje (Kringelbach, 2017). Przyjemność jest uważana za czynnik pobudzający jednostkę do działania i wzmacniający nagradzane zachowania (Kringelbach, 2017). U podłoża doświadczenia przyjemności leży aktywność odpowiednich struktur neuronalnych (Kalat, 2006, Longstaff, 2012, Rømer Thomsen i in., 2015; Kringelbach, 2017).

Metody neuroobrazowania umożliwiają uchwycenie działania mózgu podczas odczuwania przyjemności, jednak przyjemność jest czymś więcej niż jedynie aktywnością nerwową i interakcjami pomiędzy obszarami mózgu zaangażowanymi w doświadczenie przyjemności (Pizzagalli i in., 2009; Kringelbach, Berridge, 2010). Badacze uważają, że nie jest możliwe obiektywne „zmierzenie” przyjemności dzięki metodom neuroobrazowania i podobnym - jak zauważa Petrovic, można mierzyć reakcje fizjologiczne powiązane z odczuwaniem przyjemności, w tym różne reakcje mięśniowe, pocenie się, aktywację pewnych obszarów mózgu i zaangażowanie określonych układów neuroprzekaźników, które są „odbiciem” przyjemności (Aldridge i in., 2010). Nawet jeśli odczuwanie przyjemności bardzo często przebiega bez udziału naszej świadomości, wciąż pozostaje źródłem pozytywnych emocji oraz wielu fizjologicznych i psychologicznych reakcji w odpowiedzi na nią (Cabanac, 2010; Kringelbach, 2017).

Istnieje wiele koncepcji i definicji dotyczących przyjemności, które starają się uporządkować wiedzę na temat tego konstruktów i pojęć pokrewnych (por. Czapiński, 2004; Seligman, 2005; Kringelbach, Berridge, 2010; Treadway, Zald, 2011; Lowen, 2022; Kringelbach, 2017). Badacze zajmujący się badaniem przyjemności często odwołują się do pojęcia zdolności hedonicznej.

Zdolność hedoniczna jest wielowymiarowym konstrukt, który zawiera w sobie przyjemność antycypacyjną, konsumpcyjną i zapamiętaną (Sun i in., 2020). Zdolność

hedoniczna bywa utożsamiana z prawidłowym przebiegiem cyklu odczuwania przyjemności (brakiem trudności w tym zakresie), stawiając ją w opozycji do anhedonii. Przyjemność natomiast, traktowana jest jako efekt odczuwania przyjemnych bodźców, nagrodę. Hedoniczna zdolność, często utożsamiana z tonem hedonicznym, jest mechanizmem nadrzędnym względem doświadczania przyjemności (Treadway, Zald, 2011; Der-Avakian, Markou, 2012; Kringelbach i in., 2012; Rømer Thomsen, i in., 2015; Husain, Roiser, 2018; Wellan i in., 2021). Zdolność hedoniczna to względnie stała cecha jednostki, dyspozycja do doświadczania bodźców jako przyjemnych, podczas gdy przyjemność jest traktowana jako chwilowy stan, uzależniony od zdolności hedonicznej jako dyspozycji (Kringelbach, 2017). Oznacza to, że tylko osoba mająca zdolność hedoniczną, według tej koncepcji, jest w stanie doświadczać przyjemności w poszczególnych jej aspektach. Jest to szczególnie ciekawe, z uwagi na to, że zdolność do odczuwania przyjemności jest istotna dla osiągnięcia i utrzymywania dobrego zdrowia psychicznego, a także dla subiektywnego dobrostanu (Kringelbach, 2017). Właśnie dlatego przyjemność, a w zasadzie jej częste odczuwanie, bywa w niektórych kontekstach utożsamiana ze szczęściem i czynnikiem zwiększającym zadowolenie z życia (por. Czapiński, 2004). Wiele doniesień na temat znaczenia przyjemności dla bycia szczęśliwym pojawia się w kluczowych koncepcjach dotyczących szczęścia - np. w Teorii Obiektywnego Szczęścia Daniela Kahnemana, uznanej za skrajnie hedonistyczną, w której szczęście tworzą w zasadzie wyłącznie doświadczenia określane jako przyjemne lub w Teorii Autentycznego Szczęścia Martina Seligmana, w której dobre, szczęśliwe życie to połączenie przyjemności, gratyfikacji i sensu życia (por. Czapiński, 2004). W kwestii połączeń szczęścia i przyjemności, istotne wydaje się spostrzeżenie Frijdy, który stwierdza, że „nie ma szczęścia bez przyjemności, ale istnieje dużo przyjemności bez szczęścia” (Aldridge i in., 2010, s.22). Przyjemność jest podstawowym procesem oceny, a szczęście jest emocją lub długoterminową oceną (Aldridge i in., 2010).

1.2. Filozoficzne początki rozważań nad przyjemnością

Natura wszystkich doświadczeń związanych z odczuwaniem przyjemności jest wciąż tematem zagorzałych dyskusji naukowców, starających się odpowiadać - czy właściwie szukać odpowiedzi - na fundamentalne pytania dotyczące przyjemności (por. Kringelbach, Berridge, 2010).

Przyjemność była tematem refleksji filozoficznych już w starożytności i ze zmienną istotnością jej nadawaną, rozważania nad nią trwają do dziś (Czapiński, 2004). Najczęściej traktowana jest jako nieodłączny element dobrego, jakościowego życia, jednak to, ile faktycznie przyjemności w życiu jest wystarczające, by można było mówić o dobrostanie, pozostaje kwestią sporną. Sama przyjemność zawsze konkurowała z mądrością, miłością, prawdą i innymi cenionymi wartościami o znaczenie najważniejszej dla spełnienia i dobrego życia (Diener i in., 2002).

Jedno podejście filozoficzne skupia swoją uwagę w całości na przyjemności i stawia ją na piedestale wartości odpowiedzialnych za szczęście. Podejściem tym jest hedonizm. Hedonizm „dobro widzi w przyjemności, a w dążeniu do przyjemności upatruje cel życia człowieka” (Reale, 2008, s.88-89).

Hedonizm uznawał przyjemność za największą wartość. Rozpatrywano ją jako stan o charakterze zarówno fizycznym, jak i psychicznym, a także każdym z nich jednocześnie (Reale, 2008). Za „twórcę” hedonizmu lub prekursora tego poglądu uznaje się Epikura, jednak dążenie do szczęścia jako celu życia było motywem dyskursów wcześniejszych filozofów starożytnych (White, 2008). Eudoksos z Knidos twierdził, że przyjemność jest dobrem a wszystkie byty - rozumne lub nierozumne, dążą do przyjemności spontanicznie (Reale, 2010). Pierwsi zdeklarowani „hedoniści”, zwani później cyrenaikami (na cześć Arystypa z Cyreny, który im przewodniczył), uważali, że „podstawą możliwości bycia szczęśliwym jest przyjemność” (Reale, 2010, s.73). Gloryfikowali oni cielesne, zmysłowe, często ulotne przyjemności uznając je za dobro samo w sobie i takie, o które należy aktywnie zabiegać (Skowroński, 2011)

Wnuk Arystypa (Arystyp Młodszy), uznał za *doskonały cel życia*, by żyć przyjemnie. W swoich poglądach dokonał podziału trzech stanów ustroju: ten, w którym doznajemy bólu, ten, w którym doznajemy przyjemności oraz taki, w którym nie doświadczamy ani bólu, ani przyjemności (Reale, 2010). Przeciwstawił tym samym doświadczenie przyjemności doświadczeniu bólu i zaprzeczył istnieniu stanu, w którym możliwe jest doświadczanie bólu i przyjemności jednocześnie.

Niektórzy uczniowie szkoły cyrenaickiej, kontynuując rozważania dotyczące przyjemności (m.in. Hegezjasz i jego naśladowcy), uważali, że przyjemność jest czymś subiektywnym, gdyż to, co jednemu sprawia przyjemność, może być przykre dla drugiego człowieka – według ich nauk, przyjemność jest dobrem, a cierpienie złem, a więc jedynie przyjemność może być źródłem szczęścia (Reale, 2010). Wszystkie inne wartości, takie jak przyjaźń, wdzięczność czy dobroczynność, są zależne od przyjemności i korzyści z nich płynących

(Reale, 2010). Co więcej, Hegezjasz zwrócił także uwagę, że jeśli przyjemności mogą doznawać zarówno biedni, jak i bogaci, to stan posiadania, mądrość, wolności i status nie ma dla przyjemności decydującego znaczenia (Reale, 2010). Kluczowe jednak dla szkoły cyrenaickiej i poglądów Arystypa było przekonanie, że dobro jest przyjemnością, a „przyjemność jest doznaniem pozytywnym, a nie tylko nieobecnością cierpienia” (Reale, 2010, s. 81). Poglądy cyrenaików stworzyły jednak bezsprzecznie podwaliny pod późniejszy rozwój myśli epikurejskiej.

Epikur uważał, że „dobro to przyjemność”, a przyjemność to brak uświadomionego bólu i niepokoju (White, 2008). Uznawany za ojca hedonizmu filozof sądził również, że każdy człowiek, od dziecka, dąży do stanu bez bólu i niepokoju, czyli przyjemności (White, 2008). Hedonizm dla Epikura był postawą naturalną i właściwą dla każdego człowieka. Przyjemność była dla niego naczelnym dobrem, jednak daleki był od utożsamiania przyjemności jedynie z doznaniem zmysłowymi czy rozpustą, choć uważał, że są one przyjemnościami zasadniczymi, niższymi niż przyjemności duchowe (Świeżawski, 2000)

Dalsze rozważania, opierające się na doktrynach hedonizmu, podkreślających znaczenie przyjemności, w tym cielesnej, zmysłowej, można znaleźć w późniejszym humanizmie renesansowym czy nurtach oświeceniowych, przeciwstawiających się jednoznacznie antynaturalistycznym podejściom, traktującym cielesne przyjemności jako podrzędne przyjemnościom wyższym, duchowym i wiecznym. Po epokach, w których filozofia życia i zagadnienia szczęścia i dobrostanu stanowiła przedmiot dyskusji i rozważań, nastąpiły czasy, w których refleksja i zainteresowania dotyczące zjawiska przyjemności skupiała się na innych kwestiach. Empiryczne teorie motywów ludzkich działań, konstruowane przez Locke’a, Hobbesa, Benthama, Hume’a czy Hutchesona, skupiały się na przyjemności w kontekście etyki oraz polityki, rozwijając utylitaryzm (White, 2008; Gadacz, 2010).

John Locke uważał przyjemność za jeden z dwóch, obok bólu, czynników motywujących ludzkie działania i towarzyszących podejmowaniu decyzji (Snook, 1970, za: Raniszewska-Wyrwa, 2014). Kierowanie się przyjemnością uzasadnione było jedynie wtedy, gdy prowadziło do większego szczęścia, a zmysłowe, chwilowe przyjemności Locke uznawał zaś za ludzką słabość, uleganie im za ludzką naturę, której zaradzić mogło tylko wykształcenie cnót (Wrońska, 2013).

W przeciwieństwie do Locke’a, Thomas Hobbes nie zajmował stanowiska w sprawie cnót i pragnień opartych na przyjemności, jednak wyraźnie odróżniał

przyjemności zmysłowe od przyjemności umysłowych (Airaksinen, 2019; Olsthoorn, 2020). Zmysłowe przyjemności są źródłem chwilowej satysfakcji, podczas gdy umysłowe są przyjemnościami antycypacyjnymi, wynikającymi z oczekiwanego celu lub konsekwencji innych doznań, jednak dające przyjemność dzięki wyobrażeniom satysfakcji w przyszłości (Olsthoorn, 2020). Hobbes uważał, że przyjemność odnosi się do dobra, a przykrość związana jest ze złem (Śliwa, 2009).

Jeremy Bentham, podobnie jak Locke, rozpatrywał przyjemność w opozycji do bólu. Uważał, że dążenie do przyjemności jest najsilniejszym z pragnień człowieka (Quinn, 2021). Wszelkie decyzje podejmowane są w oparciu o maksymalizację przyjemności, a pomocny w dokonywaniu sądu jest „rachunek przyjemności” (Szymaniec, 2015). Bentham sugerował, że każdy człowiek jest ekspertem w kwestiach własnej przyjemności i najlepiej wie, co dla niego jest źródłem przyjemności (Quinn, 2021). Co więcej, twierdził, że działania mające na celu zwiększenie przyjemności, a zminimalizowanie przykrości są moralnie właściwe, szczególnie, gdy będzie to skutkowało przyjemnością innych (Szymaniec, 2015).

David Hume, z kolei, twierdził, że przyjemność i przykrość stanowią pewnego rodzaju kompas dla naszej moralności. Uważał, że odczuwając przyjemność postępujemy moralnie dobrze i na korzyść cnót (Bunikowski, 2007). Bentham uważał natomiast, że za poglądami Hume’a kryje się hedonofobia, będąca strachem przed nadaniem przyjemności statusu wartości etycznej samej w sobie, a nie w odniesieniu do dobra i zła (Quinn, 2021).

Niejako w opozycji do poglądów Hobbsa i Hume’a, Francis Hutcheson uważał, że przyjemność jest odczuciem pojawiającym się w wyniku moralnego postępowania, a nie towarzyszy mu (Dorsey, 2021). Przyjemność płynie bowiem z percepcji dobrych - w sensie moralnym - działań, która możliwa jest dzięki zmysłowi moralnemu (Śliwa, 2009). Jak poprzednicy głosił, że motywem ludzkich działań jest doznawanie przyjemności, jednak może to być przyjemność innego człowieka (Grzebiński, Van den Abbeel, 2016). Filozofowie ci nie rozpatrywali przyjemności w kategoriach szczęścia, a pewnego rodzaju symbol dobra, przeciwieństwo cierpienia.

Dopiero Henry Sidgwick uznał, że szczęście utożsamione z przyjemnością pozwoli na nadanie mu naukowych podstaw (White, 2008). Był także autorem „paradoksu hedonicznego”, mówiącego o tym, że szczęście jest łatwiej osiągnąć, gdy się nie dąży do niego wprost (White, 2008).

1.3. Historia badań nad przyjemnością

Za początek badań nad przyjemnością uznaje się eksperymenty prowadzone przez Petera Oldsa i Jamesa Milnera w 1954 roku. Obserwowali oni szczury, które poprzez uruchamianie przekładni, aplikowały sobie elektrowstrząsy pochodzące z elektrod podłączonych do różnych obszarów szczurzych mózgow (Olds, Milner, 1954). Poczynione obserwacje pozwoliły im wyciągnąć wniosek, że elektrody podłączone do konkretnych obszarów mózgu są przez szczury pobudzane zdecydowanie częściej niż pozostałe, a to z kolei doprowadziło ich do założenia, że otrzymują one wzmocnienia o charakterze nagradzającym podczas pobudzania tych obszarów (Olds, Milner, 1954). Najczęściej dochodziło do aplikacji elektrowstrząsów z tych elektrod, które odpowiadały za aktywność w przegrodzie mózgu i jądrze półleżącym - na tej podstawie badacze założyli, że te struktury mózgu mają znaczenie dla odczuwania przyjemności.

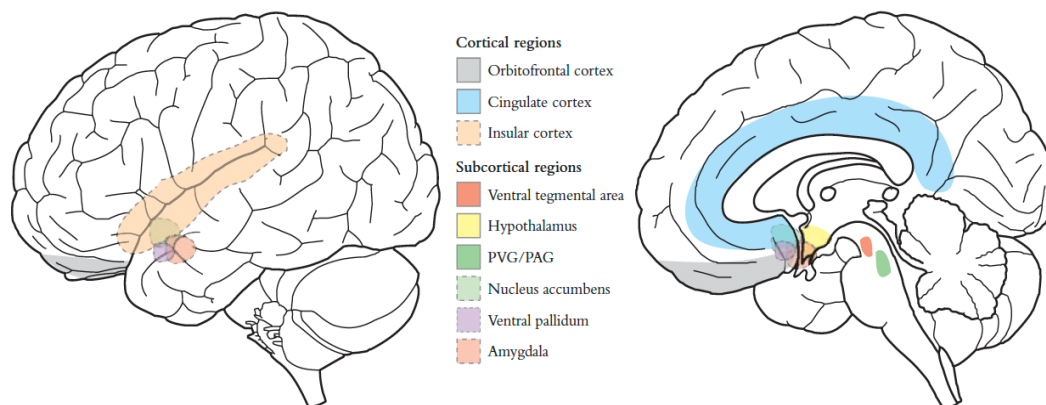
Piętnaście lat później, przeprowadzając eksperymenty na kotach, małpach, a także ludziach, Jose Delgado (1969, za: Smith i in., 2010), pogłębił naukową wiedzę dotyczącą struktur mózgowych odpowiedzialnych za odczuwanie stanu przyjemności. Potwierdził on wnioski Oldsa i Milnera, jakoby pobudzanie podkorowych struktur mózgu, szczególnie okolic przegrody, było odpowiedzialne za odczuwanie przyjemności. Prowadzone badania, Delgado opisał w książce *Toward a Psychocivilized Society* z 1969 roku. Kolejne badania nad obszarami mózgu, które biorą udział w odczuwaniu przyjemności prowadził Robert Heath (1972). Poddając działaniu elektrod mózgi ludzi dowiódł, że za odczuwanie przyjemności odpowiedzialne są obszary mózgu z przegrodą i jądrem półleżącym. Dodatkowo, badania pozwoliły mu ustalić, że uniemożliwienie stymulacji tych obszarów, które wcześniej wprowadzały w stan przyjemności, powoduje frustrację.

Badania te pozwoliły jednoznacznie określić, że odczuwanie przyjemności ma podłoże neurobiologiczne. Obszary korowe i podkorowe mózgu odpowiedzialne za przyjemność zostały określone mianem układu nagrody. Późniejsze badania nad mózgową reprezentacją przyjemności pozwoliły wyodrębnić szereg struktur biorących udział w zjawisku odczuwania przyjemności, a także procesy neurochemiczne z nim związane (Kalat, 2006, Longstaff, 2012, Rømer Thomsen i in., 2015; Kringelbach, 2017).

1.4. Neurobiologiczne i neurochemiczne podstawy odczuwania przyjemności

Struktury mózgu biorące udział w odczuwaniu przyjemności, w tym te, które tworzą układ nagrody, są aktywne jedynie podczas przekazywania impulsów elektrycznych. Neurotransmiterami odpowiadającymi za przekaźnictwo informacji między obszarami mózgu podczas całego procesu odczuwania przyjemności są przede wszystkim acetylocholina, dopamina i endogenne opioidy (Peciña, Berridge, 2013; Rømer Thomsen i in., 2015)

Rysunek 1 obrazuje obszary mózgu człowieka odpowiedzialne za przetwarzanie hedoniczne. Rysunek przedstawia ludzki mózg widziany z boku oraz jego przekrój z przybliżoną lokalizacją ważnych struktur mózgowych odpowiedzialnych za przyjemność. Należą do nich obszary korowe, takie jak obszar oczodołowo-czołowy (oznaczony kolorem szarym), zakręt obręczy (kolor jasnoniebieski) i kora wyspy (umieszczona między płacami przedczołowymi i skroniowymi, kolor pomarańczowy), a także obszary podkorowe, takie jak brzuszny obszar nakrywki w pniu mózgu (oznaczony kolorem jasnoczerwonym), podwzgórze (kolor żółty), istota szara okołokomorowa oraz okołowodociągowa (PVG/PAG, kolor zielony), jądro pólężące (kolor jasnozielony), brzuszna część gałki bladej (zaznaczona kolorem jasnioletowym) i ciało migdałowe (oznaczone kolorem jasnoczerwonym).



Rysunek 1 *Obszary mózgu uczestniczące w procesie odczuwania przyjemności*
(źródło: Kringelbach, 2010)

Układ nagrody, będący częścią układu limbicznego, jest skupiskiem wstępujących dróg dopaminergicznych i to właśnie dlatego dopamina przez długi czas była uważana za neurotransmitter odpowiedzialny za odczuwanie przyjemności. Aktualnie wiadomo, że

dopamina pobudza jedynie zachowania motywacyjne (Grillo, 2016). To, czy motywacja będzie wystarczająca do uruchomienia działania, zależy od jądra połączonego integrującego informacje o motywacji z informacjami pochodzącymi z ciała migdałowatego o bodźcach wzmacniających (Leyton i in., 2002; Grillo, 2016). Przy odczuwaniu przyjemności aktywne są *punkty hedoniczne* (hedonic hotspots) rozproszone w korze przedczołowej.

Za to, co możemy rozumieć przez odczuwanie przyjemności, czyli rejestrowanie danego bodźca, odczuwanie go jako przyjemnego, odpowiadają produkowane przez organizm endogenne opioidy, do których należą endorfiny (zwane też potocznie hormonami szczęścia z uwagi na swoją rolę pełniącą w tym procesie) czy enkefaliny. Jak podkreślają Szczypiński i Gola (2017), to właśnie obecność tych substancji w obszarze gałki bladej i ciała prążkowanego, struktur wrażliwych na działanie opiatów, jest kluczowa dla odczuwania przyjemności.

Kolejnym istotnym w procesie odczuwania przyjemności neuroprzebieżnikiem jest acetylocholina uaktywniająca przebieżnictwo na drogach cholinergicznym. Drogi te stanowią połączenie pomiędzy jądrami podstawy w przedmózgowiu, korą, przegrodą a hipokampem. Neurony układu cholinergicznego pobudzane są w następstwie prezentacji bodźców wzmacniających, czego skutkiem jest długotrwałe pobudzenie kory (Longstaff, 2012). Pobudzenie ośrodków korowych sprawia, że bodźce działające nabierają cech bodźców nagradzających. Uczenie się, poprzez wzmacnianie pożądanym, dających przyjemność bodźców zależy od aktywności ciała migdałowatego, gdzie nadawane jest psychologiczne znaczenie rejestrowanym bodźcom.

Podsumowując, odczuwanie przyjemności - nawet zmysłowych, ulotnych - stanowi skomplikowany proces, którego podstawą są prawidłowo wykształcone struktury mózgu, które wykazują optymalną wrażliwość na działanie neurotransmiterów, a także równowaga w działaniu substancji odpowiedzialnych za neuroprzebieżnictwo.

1.5. Trójfazowy model odczuwania przyjemności

Poznanie neurochemicznych i neurobiologicznych podstaw odczuwania przyjemności, doprowadziło badaczy do wniosku, że przyjemność jest rejestrowana przez ośrodki mózgowie na wielu poziomach. Co więcej, doznanie przyjemności zarejestrowane w odpowiednich obszarach mózgu, może prowadzić do wzmożonej aktywności innych obszarów mózgu, również odpowiedzialnych za przyjemność, które znów mogą działać pobudzająco na inne obszary neuronalne czy konkretne działania.

Te obserwacje doprowadziły badacze Kenta Berridge'a i Terry'ego Robinsona (2003) do wniosku, że odczuwanie przyjemności opiera się na działaniu cyklicznym. Stworzony przez nich cykliczny model doświadczania przyjemności zakłada, że przyjemność może być odczuwana w trzech fazach. To, co dotychczas było utożsamiane z całym cyklem doświadczania przyjemności, zostało przez Berridge'a i Robinsona uznane jedynie za część cyklu i jego fazę dotyczącą „lubienia” (*liking*), satysfakcji z bodźca. Zanim jednak bodziec zostanie zarejestrowany i uznany za przyjemny, musi - lub powinna - nastąpić faza „chcenia” (*wanting*) bodźca. Faza pierwsza, nazwana przez badaczy apetytywną lub antycypacyjną jest związana z pragnieniem odczuwania przyjemności, pożądaniem danego doświadczenia - silnie związana jest z przecuciem, że dane działanie skutkować będzie doświadczeniem przyjemności. Przecucie to wiąże się z motywacją do podjęcia działania, którego celem jest odczucie przyjemności. Oczekiwanie, że coś przyjemnego może się wydarzyć samo w sobie może być nagradzające i przyjemne¹. Faza „chcenia” pozwala zaplanować działanie prowadzące do przyjemności i ukierunkowuje nas na to, czego możemy się spodziewać. W cyklu doświadczania przyjemności, po tym etapie następuje faza druga, zwana konsumpcyjną. Faza „lubienia” koncentruje się na realizacji oczekiwania, nagrodzie. Jej kluczowym elementem jest odczuwanie satysfakcji z doświadczanej przyjemności. Następną, ostatnią fazą, jest faza uczenia się przyjemności. Wiąże się ona ze wzmocnieniem działania doprowadzającego do przyjemności, odczuwanej w poprzedniej fazie i zaplanowanego na etapie motywacji. Uczenie w cyklu przyjemności jest odpowiedzialne za budowanie przekonania, że wykonanie podobnego działania w przyszłości skutkować będzie podobnym doświadczeniem przyjemności. Faza uczenia jest zależna od odczucia satysfakcji, jednak wpływa także na fazę oczekiwania przyjemności. Jeśli konkretne działanie przyniosło spodziewaną przyjemność, możemy oczekiwać, że kolejny raz to samo działanie przyniesie pożądany skutek. Zwiększa się tym samym motywacja do podjęcia działania ukierunkowanego na spełnienie. Faza uczenia, oparta na mechanizmach warunkowania, sprzyja tworzeniu skojarzeń i przekonań mogących modyfikować przyszłą motywację jednostki do podjęcia działania.

Cykliczność modelu zakłada, że doświadczanie przyjemności i przechodzenie przez kolejne etapy zachodzi dwukierunkowo - żeby spodziewać się jakiejś przyjemności, trzeba jej najpierw doświadczyć. Niezbędna okazuje się tu wiedza, co jest dla nas

¹ To uczucie było znane już autorce powieści *Ania z Zielonego Wzgórza*, L. M. Montgomery na wiele lat przed stworzeniem cyklicznego modelu przyjemności.

przyjemne i czego chcemy doświadczyć - tego dowiadujemy się w efekcie uczenia się. Wzajemne zależności, w których pozostają wyżej wymienione fazy, wskazują, że cykl doświadczania przyjemności jest nie tylko mechanizmem odpowiedzialnym za przyjemność, ale także zarządza naszą motywacją i działaniem.

1.6. Rodzaje przyjemności i zależności między nimi

Ludzie mogą odczuwać i doświadczać przyjemności z wielu różnych bodźców i czynności: od podstawowych, które zaspokajają podstawowe popędy biologiczne, takie jak jedzenie, po doświadczenia estetyczne, takie jak słuchanie i tworzenie muzyki (Mas-Herrero i in., 2021). Sposób ujmowania przyjemności jako teoretycznego konstruktu, zależny jest od aspektów przyjemności branych przez badaczy pod uwagę - niektórzy za punkt wyjścia obierają źródło przyjemności, a inni fazę cyklu doświadczania przyjemności.

Przyjemność bywa definiowana również jako jeden ze sposobów spełnienia ewolucyjnych zasad przetrwania (Kringelbach, Berridge, 2010; Rizvi i in., 2016; Kringelbach, 2017). Pragnienia, których spełnianie wiąże się z przyjemnością, są ściśle związane z potrzebami. Zgodnie z takim ujęciem, podział przyjemności można wyprowadzić w oparciu o np. piramidę potrzeb Masłowa. Przyjemności czerpane z doświadczeń zmysłowych, seksualnych lub społecznych wiążą się z *podstawowymi potrzebami*, a te, które generują tak zwane przyjemności wyższego rzędu, związane są ze sztuką, finansami, dobroczynnością i transcendencją, odnoszą się do *potrzeb wyższego rzędu* (Kringelbach, 2017). Co ciekawe, różne rodzaje przyjemności podstawowych (których źródłem jest jedzenie, seks) i wyższe (nagrody pieniężne czy doznania artystyczne), wywołują aktywność mózgową różniącą się od siebie (Mas-Herrero i in., 2021; por. Bartra i in., 2013; Sescousse i in., 2013). Pomiędzy przyjemnościami podstawowymi i wyższymi istnieje zależność podobna do tej istniejącej pomiędzy potrzebami niższego i wyższego rzędu. To, co aktualnie da największą przyjemność, będzie realizowane jako pierwsze - zmysłowe (tzn. fizjologiczne) przyjemności związane z uczuciem zaspokajania pragnienia, głodu, dyskomfortu termicznego będą zaspokajane i uznawane za satysfakcjonujące przed potrzebami wyższego rzędu (Aldridge i in., 2010). Podstawowe przyjemności mają dodatni wpływ na poczucie szczęścia (Kringelbach, 2017). Kringelbach opisuje szczęście jako „lubienie” bez „chcenia”, odwołując się do stworzonego przez niego i współpracowników cyklicznego modelu przyjemności.

Wspomniany powyżej cykliczny model odczuwania przyjemności wskazuje na istnienie trzech rodzajów przyjemności, doświadczanej w kolejnych fazach. I tak, przyjemność antycypacyjna odnosi się do przewidywania lub odczuwania przyszłych bodźców nagradzających (Gard i in., 2006; Loas, Krystkowiak, 2010, za: Sun i in., 2020). Przyjemność konsumpcyjna odnosi się do chwilowego stanu emocjonalnego generowanego przez trwające pozytywne wydarzenie, sytuację nagradzającą, utożsamianego najczęściej z satysfakcją (Gard i in., 2007; Kring, Barch, 2014; Kring, Caponigro, 2010, Kring, Elis, 2013, za: Sun i in., 2020). Przyjemność „zapamiętana” odnosi się do możliwości zapamiętywania i powracania w pamięci do przyjemnych doświadczeń (Kring, Barch, 2014; Sun i in., 2020). Na tej podstawie można oczekiwać, że ten rodzaj przyjemności związany jest przetwarzaniem poznawczym. To właśnie procesy poznawcze są kluczowe dla nadawania znaczenia bodźcom przyjemnym - na poziomie neuronalnym rejestrowanie przyjemności jest takie samo u ludzi, jak i innych zwierząt (Aldridge i in., 2010). Jednak to zdolności poznawcze przekształcają mentalną reprezentację przyjemnych wydarzeń i bodźców, dzięki towarzyszącym im myślom, przekonaniom, sądom. Jak stwierdza Berridge (Aldridge i in., 2010) ludzkie poznanie dodaje bogactwa i zmienia uwagę, jaką poświęcamy przyjemnościom, pozwala planować działania w celu ich zdobycia, znacznie rozszerza zakres wydarzeń, które mogą wywołać przyjemność i zapewnia nowe odgórne sposoby regulacyjne, aby wzmocnić lub stłumić przyjemność lub niezadowolenie. Zatem „ludzkie” odczuwanie przyjemności jest możliwe dzięki przetwarzaniu poznawczemu i osadzeniu bodźca w społeczno-kulturalnych ramach.

1.7. Psychologiczne i społeczno-kulturowe korelaty odczuwania przyjemności

1.7.1. Uwagi ogólne

Zdolność do przeżywania przyjemności jest uważana za jeden ze wskaźników zdrowia i prawidłowego funkcjonowania. Co więcej, przyjemność - płynąca z wielu źródeł, w tym z aktywności seksualnej - stanowi jedno z praw człowieka (WHO, 1999). Odczuwanie przyjemności jest możliwe za sprawą neurobiologicznych struktur, tworzących układ nagrody oraz określonych neurotransmiterów, więc teoretycznie, prawidłowo wykształcony układ nerwowy, a szczególnie jego obszary odpowiedzialne za przetwarzanie bodźców nagradzających jest równoznaczne z potencjałem umożliwiającym odczuwanie przyjemności, dlatego każda osoba nieposiadająca neurologicznych dysfunkcji

i uszkodzeń w obrębie mózgu może odczuwać przyjemność. Jednak, jak pokazują dotychczas prowadzone badania naukowe, osoby mające prawidłowo wykształcone struktury nerwowe odpowiedzialne za doświadczanie przyjemności, mogą doświadczać trudności w tym zakresie (por. Franken i in., 2007; Chan i in., 2012; Dodell-Feder, Germine, 2018; Minichino i in., 2021). Oznacza to, że istnieją czynniki pozabiologiczne, związane z psychologicznymi właściwościami jednostki oraz społeczno-kulturowymi uwarunkowaniami, które mogą oddziaływać na doświadczanie przyjemności. Odczuwanie przyjemności wiąże się z różnymi przekonaniami i stereotypami dotyczącymi natury przyjemności i jej znaczenia jako wartości, ale także z silnym powiązaniem przyjemności z postawą hedoniczną, która omówiona została wcześniej.

1.7.2. Osobowościowe korelaty odczuwania przyjemności

Badania naukowe dotyczące psychologicznych, w tym osobowościowych, czynników wiążących się z odczuwaniem przyjemności zwracają uwagę na różnice wynikające z traktowania przyjemności jako wartości, albo nieprzystosowanego schematu zachowań, mającego na celu uzyskiwanie przyjemności za wszelką cenę (Ksendzova i in., 2015; por. Lyubomirsky i in., 2005, Huta i Ryan, 2010). Zakładano w teorii, że osoby ceniące w życiu przyjemność i świadomie angażujące się w aktywności, mogące tę przyjemność dawać, są bardziej otwarte na doświadczenia i stymulację (bardziej ekstrawertyczne), są bardziej skłonne do zmiany i lepiej się adaptują, są bardziej beztrudne (mniej neurotyczne), lecz doświadczają więcej trudności w zakresie regulacji emocji, niż osoby nie traktujące przyjemności jako ważny życiowy cel (Schwartz, 1992, Athota, O'Connor, 2014, za: Ksendzova i in., 2015). Jednocześnie, wciąż obecny w kulturze obraz „typowego hedonisty”, przedstawia osoby ceniące przyjemność ponad wszystkie inne wartości jako samolubne, manipulujące, impulsywne - dające się ponieść chwilowym pragnieniom, niestabilne emocjonalnie i doświadczające trudności w pozyskiwaniu satysfakcji ze swoich działań, czyniąc postawę hedoniczną wzorem zachowań nieprzystosowanych (Ksendzova i in., 2015). Badania przeprowadzone przez Ksendzową i współpracowników (2015), dotyczące związków osobowości i hedonizmu, pokazały, że to, co uznano za nieadaptacyjny hedonizm (wiązący się z nadmiarowym poszukiwaniem przyjemności) było negatywnie związane z poziomem satysfakcji z życia oraz poczuciem samokontroli, a także z neurotyzmem, mniejszą ugodowością oraz otwartością na doświadczenia. Hedonizm drugiego rodzaju (postawa związana z ceniением

przyjemności jako wartości) dotyczył osób o wyższym poziomie ekstrawersji, jednak nie wiązał się istotnie z życiową satysfakcją czy samokontrolą, (Ksendzova i in., 2015). Jedna i druga forma dążenia do przyjemności wiązała się niższym poziomem sumienności. Jak stwierdzają autorzy, istnieje prawdopodobieństwo, że samo wysokie wartościowanie przyjemności nie jest związane z niekorzystnymi cechami osobowości, chyba że dotyczy nadmiernego przekładania wartości hedonicznej nad innymi w zachowaniach.

Inne badania pokazują, że hedoniczne dążenie do celu i doświadczanie przyjemności jest istotne dla adaptacyjnej samoregulacji, a zdolność hedoniczna (jako stała cecha) pozytywnie przewidywała doświadczenie chwilowej radość przez ludzi w codziennym życiu (Riso i in., 2003; Rizvi i in., 2016; Kuhl, 2000, za: Bernecker i Becker, 2021). Osoby z wysokim poziomem zdolności hedonicznej częściej doświadczały pozytywnego nastroju i miały większą odczuwaną satysfakcję z życia, a także czuły się bardziej zrelaksowane i rzadziej doświadczały objawów somatycznych, lękowych i depresyjnych (Bernecker i Becker, 2021). W codziennym życiu towarzyszyło im także mniej natrętnych myśli niż osobom z niskimi poziomami zdolności hedonicznej (Bernecker i Becker, 2021). Warto wspomnieć, że zdolność hedoniczna jest powiązana z działaniem behawioralnego systemu aktywacji (BAS) co było początkowym założeniem badaczy zajmującymi się przyjemnością i trudnościami w jej odczuwaniu i zostało potwierdzone w kolejnych badaniach (Germans i Kring, 2000; Gard i in., 2006; Engel i in., 2013).

Powyższe przykłady badań pokazują, że wysokie wartościowanie przyjemności, hedonizm, a także wysoka zdolność doświadczania przyjemności wiąże się z wieloma korzystnymi dla zdrowia i satysfakcji życiowej konsekwencjami. Negatywne skojarzenia dotyczące postawy ukierunkowanej na przyjemność związane są z freudowską koncepcją osobowości, w której jeden z trzech komponentów w strukturze osobowości - Id - kierowany jest *zasadą przyjemności*, czyli działa impulsywnie, domagając się natychmiastowej gratyfikacji bez względu na konsekwencje (Żechowski, 2017; Lantz, Ray, 2022). Id, w koncepcji osobowości Zygmunta Freuda, jest uznawane za źródło energii - zarówno życiowej i twórczej, jak i destrukcyjnej i agresywnej, jednak niedojrzałej i prymitywnej zarządzanej przez podstawowe motywacje i popędy zależne od przyjemności seksualnej, fizycznej i emocjonalnej. Mimo negatywnych konotacji, bez siły Id napędzających Ego i Superego struktura osobowości nie byłaby kompletna.

1.7.3. Społeczno-kulturowe korelaty odczuwania przyjemności

W ciągu ostatnich kilku lat w Polsce pojawiło się wiele nowych pozycji popularnonaukowych i tłumaczeń kultowych zagranicznych książek, traktujących o znaczeniu przyjemności dla życia i dobrostanu człowieka. Jednym z powodów pojawienia się tego zagadnienia w polskiej literaturze, mogła być potrzeba poszukiwania nowych metod poprawy jakości życia w konsumpcyjnej rzeczywistości i sięgnięcia do - mogłoby się wydawać najprostszych - źródeł przyjemności, w dużej mierze seksualnej. Głośne tytuły takie jak *Ona ma siłę* (Nagoski, 2015), *Dochodzę. Odkryj, co sprawia Ci przyjemność* (Rossi, 2021) czy *Radości z kobiecości, czyli wszystko o zarządzaniu narzędziami* (Brochmann, Støkken-Dahl, 2017) (od)dały - przede wszystkim kobietom - odpowiedzialność za własną przyjemność i dostęp do wiedzy na temat kobiecej seksualności. Przypomnienie o prawie do przyjemności i wizja realnego wpływu na poprawę samopoczucia, zdrowia i satysfakcji to tylko jedna strona medalu. Nadanie przyjemności - głównie seksualnej - tak kluczowego miejsca w osiągnięciu dobrostanu, nałożyła na kobiety presję zgłębiania tematu i pracy własnej w tym zakresie. Wraz z nowymi możliwościami pojawił się swojego rodzaju obowiązek przyjemności i tym samym, kolejne potencjalne źródło frustracji. Jak pisała Jakubowska (2009), wyprzedzając nadchodzący czas „literatury hedonistycznej”, zanurzenie w konsumpcji powoduje skoncentrowanie przyjemności wokół ciała. Podkreśla jednak, że współczesne społeczeństwo konsumpcyjne ogranicza możliwość zbierania przyjemnych wrażeń tym, którzy nie posiadają wymaganego kapitału, który może mieć charakter materialny, kulturowy, ale także biologiczny. Biologiczny kapitał, konieczny do czerpania cielesnych przyjemności, to - według autorki - przede wszystkim atrakcyjny wygląd zewnętrzny, a także sprawność ciała - w tym sprawność seksualna. Można odnieść wrażenie, że jedynie zdrowe i piękne ciało służy osiągnięciu przyjemności, a więc barierami uniemożliwiającymi lub utrudniającymi kolekcjonowanie przyjemnych przeżyć mogą być nieatrakcyjność fizyczna, bycie chorym lub niesprawnym czy brak zainteresowania seksem (Jakubowska, 2009; Wiczorkiewicz, 2000, za: Jakubowska, 2009).

Inni badacze zauważają pojawienie się „imperatywu przyjemności”, który normalizując przyjemność, wzmacnia przekonanie, że przyjemność jest czymś, co ludzie muszą lub powinni osiągać w życiu seksualnym (Allen, Carmody, 2012; Lamb, 2013; Rasmussen, 2013; Wood i in., 2019). Swoisty przymus zajmowania się tematem i samego odczuwania przyjemności w obszarach istotnych dla danej kultury czy czasu - np. seks,

jedzenie, może powodować wzrost frustracji, poczucie nieadekwatności czy nawet występowanie zaburzeń psychicznych, w tym depresji, u osób, które tego nie robią (Jakubowska, 2009; Sikora, 2015). Co więcej, dokonuje się „utowarowienie” przyjemności, polegające na nadawaniu przyjemnym doznaniom czy aktywnościom znaczenia „obiekta konsumenckiego zainteresowania” (Sikora, 2015). Korzystając z możliwości współczesnej technologii, jedynym ograniczeniem dla przesuwania granicy maksymalnej przyjemności, są neuronalne możliwości człowieka (Sikora, 2015; por. Argonov, 2014).

1.8. Znaczenie przyjemności, w tym przyjemności seksualnej, dla funkcjonowania człowieka

1.8.1. Przyjemność a zdrowie człowieka

Oprócz zaspokajania hedonicznych potrzeb człowieka, odczuwanie przyjemności spełnia inne funkcje, mające kluczowe znaczenie dla zdrowia i przetrwania człowieka. W 1872 roku, Karol Darwin uznał, że przyjemność odgrywa znaczną rolę w ewolucyjnym dążeniu do przetrwania i rozmnażania, nadając tym samym satysfakcji z zaspokojenia głodu, pragnienia czy prokreacji status podstawowych przyjemności (Darwin, 1872, Berridge, 1996, Kringelbach, 2004, za: Berridge, Kringelbach, 2010). Od tamtego czasu wiele źródeł wskazuje, że przyjemność jest czynnikiem zwiększającym dobrostan i zdrowie (Bernecker i Becker, 2021; Gianotten, 2021, Laan i in., 2021). Aktualnie uwaga skupiona jest na znaczeniu zdrowia seksualnego i przyjemności seksualnej dla zdrowia ogólnego człowieka. Mimo panującej od lat i nadal obecnej perspektywie deficytów - zaburzeń i dysfunkcji - w zakresie zdrowia seksualnego, coraz częściej podejmowany jest temat holistycznego podejścia do seksualnego zadowolenia i sprawności (Philpott i in., 2021).

Zdrowie jest wartością cenioną przez ludzi, czego dowiodły liczne badania (Sęk, 1997; Dworak, 2018; Górnik-Durose, Jach, 2013; Górnik-Durose i in., 2020). Może stanowić źródło przyjemności - szczególnie kobiety nadawały zdrowiu wymiar przyjemności, witalności i ulotności, podczas gdy mężczyźni częściej kojarzą zdrowie z cenną rzeczą i czymś abstrakcyjnym, trudnym do zdefiniowania (Sęk, 1997). Część osób pojmuje zdrowie przede wszystkim przez pryzmat samopoczucia i pozytywnych odczuć wiążących się z przyjemnością sensoryczną (Sęk, 1997). Na uwagę zasługuje fakt, że rozumienie zdrowia, a więc i definiowanie go, jest bardzo indywidualne i zależne od cenionych

wartości, pełnionych ról społecznych, celów życiowych, a także przekłada się na podejście jednostek podejmowanych do zachowań zdrowotnych (Sęk, 1997; Górnik-Durose, Jach, 2013; Mateusiak, Gwozdecka-Wolniaszek, 2013; Dworak, 2018).

W ostatnich latach szczególną uwagę poświęca się znaczeniu aktywności seksualnej - i uzyskiwanej w jej wyniku przyjemności - dla zdrowia psychicznego i somatycznego (Jones, 2019; Coleman i in., 2021, Gianotten, 2021; Gianotten i in., 2021, Ford i in., 2021). Korzyści zdrowotne wynikające z odczuwania przyjemności seksualnej mogą mieć nie tylko chwilowe, ale i długotrwałe skutki zdrowotne. Odczuwanie przyjemności seksualnej jest doznaniem nagradzającym i budującym motywację do podejmowania zachowań seksualnych, sprzyja satysfakcji odczuwanej z relacji i jest powiązana z ogólnym dobrostanem (Edwards, Coleman, 2004; Ford i in., 2019; Coleman i in., 2021; Gianotten i in., 2021). Wiele źródeł wskazuje, że odczuwanie przyjemności w wyniku aktywności seksualnej redukuje odczucia bólowe (w tym o pochodzeniu migrenowym), polepsza jakość snu, zmniejsza napięcie mięśniowe i sprzyja relaksacji, zwiększa odporność organizmu oraz polepsza nastrój, zmniejszając ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych (Hambach i in., 2013; Lorenz i van Anders, 2014; Gianotten i in., 2021; Laan i in., 2021). Z uwagi na występujące korzyści dla zdrowia i funkcjonowania wynikające z aktywności seksualnej i przyjemności, badacze sugerują, że należy przyjrzeć się powiązaniom między dysfunkcjami seksualnymi a przyjemnością i znaczeniu tych czynników dla zdrowia i samopoczucia.

1.8.2. Ewolucyjne znaczenie przyjemności

Zaawansowane procesy i struktury w mózgu odpowiedzialne za odczuwanie przyjemności wykształciły się do aktualnie znanej nam formy nie bez powodu - gdyby przyjemność z ewolucyjnego punktu widzenia nie była istotna, obszary w mózgu umożliwiające odczuwanie przyjemności nie byłyby tak daleko rozwinięte. Reakcje przyjemności i leżące u ich podstaw mechanizmy limbiczne generujące reakcje afektywne są tak dobrze rozwinięte w mózgach ludzi i innych zwierząt, że konieczne jest stwierdzenie, że przyjemność jest cechą ewolucyjną, która została na podstawie selekcji zachowana, by sprzyjała przetrwaniu oraz adaptacji (Kringelbach, Berridge, 2010). Samo dążenie, a nie tylko doświadczanie, do przyjemności uznawane jest również za mechanizm umożliwiający ewolucję, poprzez sprzyjanie rozmnażaniu organizmów i ich przetrwaniu (Nettle, 2005, Szendlak, Kozłowski, 2008, za: Sikora, 2015). Jak podaje Aldridge (2010) „przyjemność skupia zachowania na użytecznych ewolucyjnie celach, na przykład

jedzeniu, picciu, seksie”. Na zasadzie działania pozytywnego wzmocnienia, powtarzane i umacniane są te zachowania, które generują przyjemność i zwiększają dobrostan organizmu czy polepszają jego funkcjonowanie.

1.8.3. Biochemia przyjemności i jej wpływ na zdrowie i samopoczucie

Jak pokazano w rozdziale 1.5, cykl odczuwania przyjemności i inne procesy związane z odczuwaniem przyjemności są zależne od działania neurotransmiterów, takich jak dopamina, acetylocholina, noradrenalina, endorfiny (opioidy) i serotonina. Te ostatnie dwie substancje biochemiczne odpowiedzialne są za prawidłowe działanie mechanizmów odczuwania przyjemności. Ich wydzielanie jest regulowane przez mechanizmy dążące do homeostazy organizmu, a deficyty czy zaburzenia równowagi w poziomach tych substancji powodują trudności w odczuwaniu przyjemności oraz przyczyniają się do występowania innych objawów zaburzeń psychicznych.

Jak wspomniano wcześniej, wzrost poziomu dopaminy wiąże się ze zwiększoną motywacją do poszukiwania przyjemnego bodźca, a wysoki poziom endogennych opioidów (endorfin, dynorfin itp.) odpowiada za odczuwanie satysfakcji z przyjemnego bodźca (Rømer Thomsen i in., 2015; Pizzagalli, 2014). Sprawia to, że utrzymywanie wysokich poziomów tych dwóch substancji jest kluczowe dla odczuwania przyjemności i tym samym jest istotna dla dobrego samopoczucia (Grillo, 2016). Nieprawidłowości w poziomach tych neuroprzekazników wiążą się z pogorszeniem zdrowia psychicznego, a często także fizycznego (Gałecki, Talarowska, 2018). Zaburzone poziomy dopaminy są charakterystyczne dla choroby Parkinsona, a także - według ostatnich doniesień - dla schorzeń jelit (Downs i in., 2020). Badaczom udało się scharakteryzować zespół objawów towarzyszący zaburzeniom poziomu dopaminy pod postacią RDS (Reward Deficiency Syndrom) (Downs i in., 2020).

Spadek stężeń noradrenaliny, dopaminy i acetylocholiny związany jest z występowaniem objawów depresyjnych, a obniżony poziom serotoniny wiąże się z nasileniem zachowań impulsywnych i agresywnych (Gałecki, Talarowska, 2018). Warto wspomnieć, że mózgowy układ neuroprzekaznikowy zależy od wyszczególnionych neurotransmiterów pełniących szereg funkcji regulujących funkcjonowanie organizmu. I tak, układ noradrenergiczny (wrażliwy na działanie adrenaliny i noradrenaliny) odpowiada za stan pobudzenia i czuwania; układ serotonergiczny reguluje nastrój, odczuwanie stresu i lęku oraz sen; zależny od działania acetylocholiny układ cholinergiczny jest kluczowy dla procesów pamięciowych i uwagowych, a układ dopaminergiczny, oprócz zarządzania

procesami układu nagrody i motywacji, odpowiada także za uczenie się, pamięć i czuwanie, a także reguluje gospodarkę hormonalną (Gałecki, Talarowska, 2018).

Powyższe przykłady ukazują, że za prawidłowym odczuwaniem przyjemności stoi wiele substancji biochemicznych, których działanie wpływa także na – niezwiązane z przyjemnością - odczuwanie stresu, obniżenie nastroju, sen i czuwanie, procesy poznawcze, funkcjonowanie seksualne i występowanie objawów wielu chorób somatycznych. Powiązanie przyjemności i innych obszarów funkcjonowania człowieka z procesami neurochemicznymi, wskazuje na biologiczne, wrodzone predyspozycje do odczuwania przyjemności. Dodatkowo, zależność tych procesów od tych samych substancji może być wskazówką do planowanych interwencji terapeutycznych.

1.9. Trudności w przeżywaniu przyjemności

1.9.1. Trudności w przeżywaniu przyjemności jako objaw chorób i zaburzeń psychicznych

Praktyka oraz wyniki wielu badań naukowych wskazują, że trudności w przeżywaniu przyjemności są częste u osób zmagających się z różnorodnymi zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego, uzależnieniami oraz cukrzycą (m.in. Treadway, Zald, 2011; Carter, Swardfager, 2016; Ibrahim i in., 2016; Szczypiński, Gola, 2017; Cooper i in., 2018; Assogna i in., 2011, Garfield i in., 2014, Nawijn i in., 2015, za: Wellan i in., 2021; Gooding, 2023). Jest to jeden z symptomów wielu chorób neurologicznych oraz chorób i zaburzeń psychicznych a także kluczowy objaw odróżniający zaburzenia lękowe od depresji (Husain, Roiser, 2018, Trøstheim i in., 2020). Trudności w przeżywaniu przyjemności, czyli anhedonia jako stan są uznawane za objaw osiowy depresji i schizofrenii, jednak wiele źródeł dowodzi, że anhedonia występuje także u osób zdrowych (Franken i in., 2007; Ibrahim i in., 2016; Yang i in., 2018; Dodell-Feder, Germine, 2018; Chan i in., 2012; Martino i in., 2018, za: Wellan i in., 2021) i może być uznana jako czynnik ryzyka dla wielu zaburzeń psychicznych (Gooding i in., 2005; Ward i in., 2019; Keedwell i in., 2012, Stringaris i in., 2015, Luby i in., 2018, Guffanti i in., 2019, za: Wellan i in., 2021). Statystyki pokazują, że anhedonia jako samodzielnie występujący objaw (niewspółtowarzyszący innym zaburzeniom i chorobom psychicznym), może dotyczyć aż 15-20% populacji ogólnej (Werbelloff i in., 2015, Dominguez i in., 2010, za: Minichino i in., 2021)

Kliniczne objawy anhedonii, charakterystyczne dla zaburzeń depresyjnych, schizofrenii, zaburzeń odżywiania czy nadużywania substancji psychoaktywnych, są szeroko opisywane w literaturze naukowej poświęconej psychopatologii, a także klasyfikacjach diagnostycznych. Natomiast anhedonia seksualna jako zjawisko doświadczania trudności w odczuwaniu przyjemności płynącej z aktywności seksualnej, nie była dotychczas tematem badań. Aktualna wiedza opiera się na wiedzy ogólnej dotyczącej anhedonii oraz powiązań tego objawu z dysfunkcjami seksualnymi (Parish, Hanh, 2016; Basson, Gilks, 2018).

1.9.2. Anhedonia jako stan i cecha

Badawcze zainteresowanie anhedonią w dłuższej mierze dotyczy anhedonii jako jednego z osiowych objawów depresji i innych zaburzeń psychicznych. Z uwagi na to, że anhedonia jest podstawowym objawem depresji, istnieje prawdopodobieństwo, że poziom anhedonii wzrasta wraz ze wzrostem objawów depresyjnych (Moccia i in., 2021, za: Wellan i in., 2021). Zależność ta jest jednak właściwa dla anhedonii jako stanu (Wellan i in., 2021). Jak bowiem podaje wiele źródeł, anhedonia może występować u jednostek zarówno jako stan, jak i cecha (Wellan i in., 2021; Cella i in., 2013; Pelizza i in., 2021). Badania nad anhedonią wykazały różnice w zakresie związku z innymi zmiennymi, w zależności od stałości anhedonii - anhedonii jako cechy i jako stanu.

Wellan i współpracownicy (2021) wskazują, że dokładne zidentyfikowanie trudności w przeżywaniu przyjemności i potencjalne rozróżnienie podtypów anhedonii to na ten moment ważny cel badań klinicznych. Po to, aby go zrealizować konieczna jest integracja sposobów i narzędzi służących do pomiaru anhedonii na różnych poziomach – neurobiologicznym, behawioralnym i samoopisowym (Cuthbert, Insel, 2013). Anhedonia jako cecha związana jest z niską zdolnością hedoniczną, podczas gdy stan anhedonii wiąże się - mniej lub bardziej chwilową - z utratą lub osłabieniem odczuwania przyjemności (Gard i in., 2006; Wellan i in., 2021).

Badania nad anhedonią o różnym poziomie stałości pokazały między innymi, że nasilenie poziomu anhedonii jako cechy wiąże się uczuciem przyjemności towarzyszącej odczuwaniu ulgi po uniknięciu zagrożenia, a także nasileniem zachowań mających kontrolować zagrożenie (Leng i in., 2022). Leng i współpracownicy (2022) uznali zmniejszoną ilość zachowań kontrolujących zagrożenie za podobną do stanu wyuczonej bezradności w populacji ogólnej - powiązania pomiędzy wyuczoną bezradnością

a anhedonią były bowiem dotychczas przedmiotem badań w większości dotyczących zaburzeń nastroju i depresji (Leng i in., 2022; por. Berek, 2019).

Anhedonia jako cecha może być markerem podatności na zaburzenia schizotypowe, a także - w związku z nieprawidłowościami w odbiorze nagradzających bodźców na poziomie neuronalnym - podatności na depresję, jest istotnym czynnikiem podatności na psychozy a także zwiększa ryzyko występowania nieadaptacyjnych i problemowych strategii radzenia sobie (Pelizza, Ferrari, 2009; Pizzagalli, 2014; Yang i in., 2020; Pelliza i in., 2021).

Natomiast stan anhedonii (w szczególności związany z depresją) może być czynnikiem ryzyka samobójstwa, podczas gdy cecha anhedonia nie wiąże się tak bardzo z ryzykiem samobójstwa (Loas, 2014). Anhedonia jako stan wiązała się z występowaniem myśli samobójczych niezależnie od objawów depresyjnych, co więcej, występujące nagłe zmiany w poziomie anhedonii są szczególnym predyktorem myśli samobójczych w populacji zarówno osób zdrowych, jak i pacjentów psychiatrycznych (Loas i in., 2018; Winer i in., 2014, Winer i in., 2014, Yaseen i in., 2016, Ducasse i in., 2018, Hawes i in., 2018, Loas i in., 2019, Daghigh i in., 2019, za: Yang i in., 2020). Te doniesienia z badań pokazują, że to trwale niski poziom zdolności hedonicznej, w przeciwieństwie do tymczasowych stanów obniżonego odczuwania przyjemności, są związane z depresją i innymi zaburzeniami psychicznymi, a także nieadaptacyjnymi wzorami reakcji na stresowe sytuacje.

1.9.3. Cykliczny model anhedonii

Cykliczny model anhedonii opracowany przez Rømer Thomsen, Whybrowa i Kringelbacha w 2015 mówi o tym, że skoro przyjemność - zgodnie z założeniami Berridga i Robinsona (2003) jest rejestrowana z neurobiologicznego punktu widzenia na trzech etapach (motywacji, doświadczania i wyciągania wniosków), to również doświadczanie trudności w odczuwaniu przyjemności może pojawiać się w każdej z tej faz. Trudności nie dotyczą więc samego doświadczania przyjemności, rozumianej potocznie jako satysfakcja, ale także motywacji do poszukiwania pozytywnych doznań i uczenia się, w jaki sposób osiągać ją w przyszłości na podstawie aktualnych doświadczeń.

Anhedonia może objawiać się deficytem motywacji do podejmowania działań skierowanych na przyjemność lub brakiem odczuwania spełnienia w wyniku ich podjęcia, stąd częste uwzględnianie dwóch faz anhedonii – apetytywnej (dotyczącej motywacji) oraz konsumacyjnej (dotyczącej satysfakcji) (Threadway, Zald, 2011). Anhedonia może jednak

objawiać się w trzeci sposób, pojawiając się jako brak lub utrudnienie w uzyskiwaniu wzmocnienia w wyniku uczenia się przyjemności (Krilgelbach, Berridge, 2010).

Faza pierwsza i druga w cyklu doświadczania przyjemności są ze sobą silnie związane, jednak, mimo że są one częścią jednego cyklu, wystąpienie jednej fazy wcale nie determinuje wystąpienia kolejnej. Oczekiwanie przyjemności („chcenie”) nie zawsze wiąże się z satysfakcją („lubieniem”). Brak ukierunkowania na bodziec, oczekiwania, że mógłby stać się źródłem przyjemności, może skutkować tym, że nie uznamy bodźca za nagradzający i wystarczająco satysfakcjonujący. Zagrożenie dla „cyklu” mogą stanowić także wygórowane oczekiwania dotyczące bodźca i spodziewanego doświadczenia przyjemności - między przecuciem a spełnieniem może pojawić się wiele niezależnych przeszkód utrudniających jednostce doświadczenie przyjemności. Tym samym, niespełnione oczekiwanie może stać się źródłem niezadowolenia i co więcej – utraty przyjemności.

Przyjemność, będąca efektem doświadczanym w fazie satysfakcji, może również działać na niekorzyść całego cyklu. Deficyt na tym etapie wiąże się z poczuciem, że nagroda, która była oczekiwana, nie jest bodźcem wzmacniającym. Upośledzenie któregokolwiek z tych składników może potencjalnie prowadzić do poważnego zmniejszenia lub utraty przyjemności w życiu. Badania nad anhedonią, spadkiem lub utratą zdolności hedonicznych, muszą uwzględniać tę złożoność.

2. Funkcjonowanie seksualne

2.1. Uwagi wstępne

Funkcjonowanie w sferze seksualnej jest bez wątpienia istotnym obszarem życia człowieka. Wiele definicji zdrowia, jakości życia, dobrostanu ukazuje obszar funkcjonowania seksualnego jako jeden z kluczowych sfer dla utrzymywania wysokich poziomów tych wartości (por. WHO, 2017).

Funkcjonowanie seksualne określa przede wszystkim to, w jaki sposób seksualność ujawnia się w codziennym życiu, każdym jego obszarze, jednak przede wszystkim w obszarze aktywności seksualnej (Bancroft, 2011). Seksualne funkcjonowanie jest ściśle związane z tożsamością płciową i seksualną, a także rolą seksualną (Basson, 2005). Jest także sposobem, w jaki człowiek zarządza swoimi potrzebami i przetwarza bodźce o charakterze seksualnym (Bancroft, 2011).

Na funkcjonowanie seksualne wpływa wiele czynników biologicznych, jak i psychospołecznych - funkcje seksualne regulowane są przez działanie hormonów, zależą od anatomii i czynników genetycznych, mogą być modyfikowane przez czynniki psychologiczne, społeczne i kulturowe (Drosdzol-Cop i in., 2018; Holka-Pokorska, 2018; Kowalczke, Krysiak, 2018). To, co determinuje funkcjonowanie seksualne zostało ujęte w modele seksualności, które podkreślają znaczenie różnych czynników w kształtowaniu seksualności i funkcjonowania w tym obszarze. Modele seksualności i modele reakcji seksualnych - opisujące sposób, w jaki bodziec o charakterze seksualnym inicjuje zachowania seksualne - ukazują część złożonego procesu, jakim jest funkcjonowanie seksualne.

Trudności i zaburzenia w obszarze funkcjonowania seksualnego objawiają się dysfunkcjami seksualnymi, które dotyczą specyficznych form aktywności seksualnej. Warto również podkreślić, że nieprawidłowości w funkcjonowaniu seksualnym mogą wskazywać na występowanie różnych stanów chorobowych, zarówno somatycznych, jak i psychicznych (Jakima, Rawińska, 2020; Gianotten i in., 2021).

2.2. Prawidłowości w funkcjonowaniu seksualnym

Jak wspomniano wcześniej, funkcjonowanie seksualne może być wyjaśniane przez wiele czynników i to one determinują prawidłowy rozwój seksualny oraz mogą modyfikować funkcjonowanie seksualne (Dębowska, 2019). Funkcjonowanie seksualne jest złożonym procesem, gdzie reakcje jednostki zintegrowane są przez psychosomatyczną odpowiedź, u źródła której występuje popęd seksualny (potrzeba seksualna, libido; Dębowska, 2019). Aby lepiej zrozumieć ten proces, badacze zajmujący się seksualnością opracowali modele seksualności, które pokazują funkcjonowanie seksualne z wielu perspektyw. Wraz z rozwojem wiedzy na temat czynników związanych z seksualnością człowieka popularność zyskiwały modele wyjaśniające uwarunkowania ludzkiej seksualności. Modele seksualności zakładają, że czynniki wpływające na seksualność mogą mieć charakter zarówno jednostkowy, jak i społeczny (Dębowska, 2019).

Wśród modeli seksualności wyróżnia się takie, które wskazują na istotną rolę czynników biologicznych. Do tej kategorii należy model genetyczny, gdzie istotnym czynnikiem jest komplementarność genetyczna między partnerami, model biochemiczny, który zakłada, że prawidłowe funkcjonowanie seksualne jest zależne od działania hormonów, a zaburzenia wydzielania wiążą się z występowaniem trudności w tym zakresie, czy model neurologiczny podkreślający znaczenie układu nerwowego dla kształtowania seksualności, szczególnie w zakresie odpowiedzi seksualnej i układu pobudzenia/hamowania (Radomski, 2007; Dębowska, 2019). Należy dodać, że układ pobudzenia, zależny od aktywności dopaminergicznej, odpowiada za gotowość organizmu do podejmowania zachowań seksualnych, natomiast układ hamowania, którego działanie wycisza i hamuje odpowiedzi genitalne, wiąże się z aktywnością serotonergiczną - utrzymanie równowagi pomiędzy tymi neuroprzekaźnikami jest kluczowe dla prawidłowego funkcjonowania seksualnego, a zaburzenia mogą prowadzić do wystąpienia dysfunkcji seksualnych (Bancroft, Janssen, 2000).

Czynniki psychologiczne i społeczno-kulturowe są z kolei budulcem modeli psychologicznego i socjologiczno-kulturowego. Model psychologiczny związany jest z rolą emocji w funkcjonowaniu seksualnym - jakość życia seksualnego zależy od jakości funkcjonowania psychicznego (Dębowska, 2019). Kluczowymi dla prawidłowego funkcjonowania seksualnego czynnikami według tego modelu są dojrzałość emocjonalna, akceptacja własnej seksualności, natomiast trudności komunikacyjne w związku, wiara

w mity dotyczące seksualności, zaburzenia osobowości wskazywane są jako czynniki utrudniające budowanie prawidłowej relacji i wpływające na pogorszenie funkcjonowania seksualnego (Dębowska, 2019).

Z kolei socjologiczno-kulturowy model seksualności podkreśla wyższość czynników społecznych nad czynnikami jednostkowymi - wskazuje na przewagę norm społecznych, obyczajów i tradycji nad biologicznymi właściwościami jednostki (Dębowska, 2019). Koncepcja ta zakłada, że zachowania seksualne jednostki są zależne od norm kulturowych (przekonań i mitów dotyczących seksualności uznawanych za obowiązujące przez dane społeczeństwo) oraz własnych przekonań jednostki, które modyfikują pragnienia i potrzeby jednostki tak, by były społecznie „właściwe”. Model socjologiczno-kulturowy podkreśla rolę edukacji seksualnej (świadomej i nieświadomej) w rozwoju jednostki w prawidłowym funkcjonowaniu seksualnym (Dębowska, 2019).

Prawidłowości w funkcjonowaniu seksualnym człowieka opisuje również model podwójnej kontroli, który integruje perspektywę neurofizjologiczną oraz uwarunkowania kulturowe i środowiskowe. Model ten zakłada, że zachowania seksualne człowieka regulowane są przez procesy pobudzenia i hamowania, które oddziałują na siebie w specyficzny dla każdego człowieka sposób (Jakima, 2020).

Zależność ludzkiej seksualności od współdziałania czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych wyjaśniana jest modelem stworzonym przez Martina Seligmana, nazywanym często warstwami życia seksualnego czy też piętrami życia erotycznego (Jakima, 2020; Seligman i in., 2003). Jest to teoretyczny model wyjaśniający ludzką seksualność przez warstwowe nakładanie się na siebie elementów ludzkiej seksualności, czyli tożsamości płciowej, orientacji psychoseksualnej, preferencji seksualnych, ról płciowych oraz realizacji (lub sprawności) seksualnej (Seligman i in., 2003). Najniższa warstwa - tożsamość płciowa - odzwierciedla najbardziej biologiczny aspekt ludzkiej seksualności, podczas gdy realizacja płciowa (warstwa najwyższa) najbardziej zależna jest od czynników psychologicznych i społeczno-kulturowych. Realizacja płciowa odzwierciedla funkcjonowanie seksualne danej osoby z wykorzystaniem właściwości z poprzednich warstw (Jakima, 2020). Trudności pojawiające się w realizacji seksualnej objawiają się dysfunkcjami seksualnymi (Jakima, 2020).

Modele seksualności mają na celu wskazanie najważniejszych czynników wpływających na rozwój seksualności człowieka, poniekąd uzasadniających zachowania seksualne jednostki. Zachowania seksualne, będące przejawem funkcjonowania seksualnego

człowieka, mogą być uwarunkowane ewolucyjnie - prezentowane przez ludzi zachowania to strategie i techniki przydatne w poszukiwaniu partnera w celu posiadaniu potomstwa lub indywidualnie, poprzez realizowanie skryptów i scenariuszy poprzedzających zachowania seksualne (Bancroft, 2011; Jakima, 2020).

2.3. Modele reakcji seksualnych

Za początki badań nad seksualnością i reakcjami seksualnymi uznaje się działania prowadzone w Instytucie Kinseya w latach 50. XX wieku, gdzie badano ludzką zdolność do osiągania orgazmu (Kinsey i in., 1998). Badania nad ludzką seksualnością kontynuowali William Masters i Virginia Johnson. Na podstawie swoich eksperymentów w latach 1966 opracowali pierwszy model reaktywności seksualnej – jednakowy dla kobiet i mężczyzn. Model linearny, zwany również modelem EPOR², zakładał, że reakcja seksualna zachodzi fazowo, a poszczególne fazy następują po sobie w porządku liniowym (Holka-Pokorska, 2018).

Na podstawie swojego doświadczenia terapeutycznego, Helen Singer Kaplan w 1978 roku, uzupełniła linearny model reaktywności seksualnej stworzony przez Mastersa i Johnson o fazę pożądania poprzedzającą fazę podniecenia, tworząc model DEOR i definiując pożądanie (D – desire) jako psychologiczną motywację do aktywności seksualnej, która może prowadzić do podniecenia (Kaplan, 1974). Według badaczki, pożądanie jako początkowa i apetytywna faza reakcji seksualnej, często jest prekursorem kolejnych etapów reakcji seksualnej. Model pozwolił zaakcentować różnicę pomiędzy reaktywnością kobiet i mężczyzn i podkreślił znaczenie subiektywnych aspektów wzbudzania pożądania uruchamiających kolejne fazy reakcji seksualnej. Na modelu DEOR oparte były wskazówki diagnostyczne do rozpoznawania dysfunkcji seksualnych w klasyfikacjach DSM-III i DSM-IV oraz opisu fizjologii reakcji seksualnych i mężczyzn w DSM-V (Holka-Pokorska, 2018).

Przez wiele lat kobieca i męska reaktywność seksualna uważana była za tożsamą, jednak coraz większe znaczenie czynników psychologicznych i społecznych, podkreślane przez badaczy zajmujących się reaktywnością seksualną, doprowadziło do obserwacji, że reakcje kobiet i mężczyzn różnią się (Bancroft, 2011). Zaczęto stopniowo odchodzić od linearnych

² Nazwa modelu stworzonego przez Mastersa i Johnson – EPOR – przedstawia wyróżnione przez nich fazy: fazę podniecenia (E - excitation), fazę plateau (P), fazę orgazmu (O – orgasm) oraz końcową fazę rozładowania seksualnego napięcia (R od angielskiego resolution).

koncepcji reakcji seksualnych i badać zasadność innych modeli, szczególnie w odniesieniu do kobiecej seksualności (Holka-Pokorska, 2018).

2.4. Specyfika reakcji seksualnych u kobiet

2.4.1. *Cykliczne modele reakcji seksualnych u kobiet*

Specyfika funkcjonowania seksualnego kobiet opiera się na znacznym udziale czynników pozaseksualnych w kształtowaniu reakcji seksualnych. Reakcja seksualna kobiet jest złożona i obejmuje różnorodne procesy – poznawcze, emocjonalne i fizjologiczne. Ekspresja seksualna, w tym reakcja genitalna, jest sumą interakcji pomiędzy czynnikami pobudzającymi i hamującymi (Holka-Pokorska, 2018).

Badania weryfikujące zasadność modeli linearnych pokazały, że kobieca seksualność, w tym reaktywność seksualna różni się od męskiej - kobiece potrzeby seksualne są zależne od subiektywnych i interpersonalnych czynników, a sama reaktywność zmienia się na przestrzeni życia kobiety (Holka-Pokorska, 2018). Linearne modele reaktywności seksualnej, według których reakcja seksualna rozpoczyna się potrzebą seksualną, która zrealizowana prowadzi do zaspokojenia, nie stanowiły wystarczającego wyjaśnienia zachodzących reakcji i zachowań seksualnych u kobiet. Funkcjonowanie seksualne kobiet jest powtarzającym się cyklem, który napędzany jest przez czynniki biologiczne, psychiczne i relacyjne, oddziałujące na reaktywność seksualną kobiet (Dębowska, 2019). Modele cyrkularne lub cykliczne zakładają wielokrotne przechodzenie cyklu oraz działania mechanizmu dodatniego sprzężenia zwrotnego (Holka-Pokorska, 2018; Dębowska, 2019). Warto zauważyć, że wprawdzie cykliczne modele seksualności zostały opracowane na podstawie obserwacji kobiet, jednak dzisiejsza wiedza i badania pokazują, że zasadne jest stosowanie takiego rozumienia funkcjonowania seksualnego i reaktywności seksualnej również w odniesieniu do mężczyzn (Bancroft, 2011; Holka-Pokorska, 2018; Dębowska, 2019).

Przełomowe dla myślenia o kobiecej seksualności okazały się badania Beverly Whipple i Karen Brush-McGreer z 1997 roku (Whipple, Brush-McGreer, 1997, za: Holka-Pokorska, 2018). Według badaczek, kluczowe znaczenie dla reaktywności seksualnej ma faza następująca po rozładowaniu napięcia seksualnego, nazwana przez Whipple i Brush-McGreer fazą refleksji (Holka-Pokorska, 2018). Negatywna interpretacja doświadczeń seksualnych (bez względu na ich jakość fizyczną) może prowadzić do utraty motywacji do dalszych kontaktów seksualnych, z kolei nadanie pozytywnego znaczenia doświadczeniom

seksualnym wzmacnia motywację do podejmowania aktywności seksualnej (Whipple, Brush-McGreer, 1997, za: Holka-Pokorska, 2018). Model ten podkreślał zatem znaczenie poznawczych czynników modyfikujących reaktywność seksualną.

Najbardziej znanym cyrkularnym modelem reaktywności seksualnej, jest model stworzony przez Rosemary Basson (Basson, 2000). Model ten posłużył do opisu fizjologicznych i dysfunkcyjnych reakcji seksualnych kobiet w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-V (APA, 2013). Stworzony przez Basson model opierał się na spostrzeżeniu, że kobieca motywacja do aktywności seksualnej opiera się na wielu pozaseksualnych aspektach, takich jak zaangażowanie, miłość, bliskość czy przywiązanie (Basson, 2000; Rosen i in., 2000). Wcześniejsze modele cyrkularne również zwracały uwagę na pozaseksualną motywację do podejmowania seksualnej aktywności, jednak Basson jako pierwsza zdefiniowała pojęcie pożądania receptywnego, które może się pojawiać u "neutralnej seksualnie" kobiety w wyniku inicjatywy partnera czy innych czynności o charakterze seksualnym (Basson, 2000; Dębowska, 2019). Pożądanie receptywne pojawia się u kobiet znacznie częściej niż u mężczyzn i co więcej, to właśnie ono, znacznie częściej niż spontaniczne pożądanie, motywuje kobiety do podejmowania aktywności seksualnej. Warto jednak podkreślić, że u różnych kobiet, na różnych etapach życia i relacji, również pożądanie spontaniczne pojawia się bardzo często (Basson, 2000). Basson zwróciła także uwagę, że często subiektywne podniecenie seksualne nie jest spójne z obiektywnym podnieceniem na poziomie fizjologicznym (genitalnym), a zaangażowanie się w aktywność seksualną często wynika z dążenia do zaspokojenia innych potrzeb niż jedynie rozładowania seksualnego napięcia (Basson, 2000; Holka-Pokorska, 2018). W związku z tym, za fizjologicznie prawidłowe są uznawane reakcje seksualne, którym nie towarzyszy orgazm, a osiągnięcie orgazmu lub brak orgazmu nie determinuje odczuwanej satysfakcji seksualnej (Basson, 2000; Holka-Pokorska, 2018). Dla większości kobiet bardziej istotna jest satysfakcja wynikająca z jakości relacji niż przyjemność wynikająca z aktywności seksualnej (Holka-Pokorska, 2018). W przypadku większości kobiet, aby zaangażować się w aktywność seksualną istotne jest zaspokojenie potrzeby bliskości emocjonalnej, podczas gdy mężczyźni właśnie dzięki aktywności seksualnej doświadczają bliskości emocjonalnej, a dla warunków idealnych dla kontaktu seksualnego większość kobiet wskazuje odprężenie oraz psychiczną gotowość i nastrojenie się do możliwego stosunku seksualnego (Kossat, 2019).

2.4.2. Motywacja do podejmowania aktywności seksualnej

Literatura poświęcona zagadnieniu funkcjonowania seksualnego i motywacji do podejmowania aktywności seksualnej przez wiele lat podkreślała różnice w motywacjach u kobiet i mężczyzn (Meston, Buss 2009). Źródła różnic upatrywano często w strategiach ewolucyjnych, wedle których zachowania seksualne są związane stricte z reprodukcją (Meston, Buss, 2009). Wraz z rozwojem technologicznym, większym dostępem do edukacji seksualnej, rozpowszechnieniem antykoncepcji i innymi przełomowymi odkryciami, które wpływały i nadal wpływają na zachowania i strategie seksualne, wachlarz motywacji do podejmowania aktywności seksualnej stale się powiększa (Woźniak, 2012; Lew-Starowicz, 2018). Nadal zaspokojenie potrzeb seksualnych stanowi podstawową motywację do podejmowania aktywności seksualnej u mężczyzn, jednak wiele źródeł wskazuje, że traktowanie jej jako motywacji nadrzędnej, jest zbyt prostym uproszczeniem - wiele męskich zachowań seksualnych, szczególnie realizowanych w parze, jest motywowane czynnikami pozaseksualnymi, co znajduje swoje potwierdzenie w coraz większym odsetku mężczyzn wpasowujących się cykl reakcji seksualnych typowy dla kobiet (por. Holka-Pokorska, 2018). Opisanie cyklu reakcji seksualnych przez Rosemary Basson sprawiło, że znaczenie pozaseksualnych motywów aktywności seksualnej kobiet wzrosło i uznaje się, że cykl reakcji seksualnych zaproponowany przez badaczkę obrazuje reaktywność właściwą dla większości kobiet. Jak podkreślają Buss i Meston (2009), motywacja kobiet do podejmowania aktywności seksualnej nie ma wymiaru jedynie seksualnego, jak np. osiągnięcie orgazmu czy satysfakcji seksualnej samej w sobie, a przede wszystkim pozaseksualny, jak bliskość partnera, zdobycie nowych doświadczeń, przeżycie przyjemnych chwil czy danie upustu emocjom.

Aktualnie uważa się, że motywacja seksualna lub powody, dla których angażujemy się w związki seksualne jest jednym z kluczowych czynników dla zrozumienia, w jaki sposób seksualność prowadzi do pozytywnych lub negatywnych konsekwencji dla dobrostanu i samopoczucia (Byers, Rehman, 2014; Impett i in., 2014, za: Gravel, Pelletier, Reissing, 2016). Jak wskazują autorzy badań nad seksualnymi motywacjami, powody dla podejmowania aktywności seksualnej mogą różnicować osoby o różnych poziomach zdrowia seksualnego, w tym te, które doświadczają trudności w funkcjonowaniu seksualnym (Gravel i in., 2016).

2.4.3. Rozumienie kobiecych reakcji seksualnych a trudności seksualne

Wspomniano już, że reakcje seksualne, w tym odczuwanie pożądania i podniecenia zależne są od etapu życia i etapu relacji romantyczno-seksualnej. Należy jednak nadmienić, że zarówno cykl miesięczkowy, jak i etap cyklu reprodukcyjnego również modyfikują kobiece reakcje seksualne (Bancroft, 2011; Holka-Pokorska, 2018). Do czynników biologicznych, które mogą mieć wpływ na ekspresję seksualną należy przede wszystkim zaliczyć stan zdrowia somatycznego (szczególnie znaczenie chorób endokrynologicznych, onkologicznych czy autoimmunologicznych) i psychicznego (jak zaburzenia lękowe, depresja, chroniczne zmęczenie, stres), a także stosowaną farmakoterapię (Holka-Pokorska, 2018). Oprócz biologicznych czynników modyfikujących odpowiedź seksualną u kobiet, czynniki środowiskowe (społeczno-kulturowe), takie jak uwarunkowania wychowawcze, kulturowe i religijne dysfunkcjonalne przekonania dotyczące seksualności, mity i stereotypy seksualne, niski status ekonomiczny czy niski poziom społecznego funkcjonowania, istotnie wiążą się z reaktywnością seksualną (Oettingen, 2013; Holka-Pokorska, 2018). Kobięca reaktywność seksualna jest także silnie związana z czynnikami interpersonalnymi, przede wszystkim wynikających z konfliktów partnerskich, nieprawidłowej komunikacji, a także indywidualnymi czynnikami psychologicznymi, takimi jak wysoki poziom lęku przed następstwami stosunków seksualnych, czy obawy dotyczące funkcjonowania seksualnego i niskich kompetencji w tym zakresie, negatywne wcześniejsze doświadczenia, brak poczucia bezpieczeństwa podczas stosunku, które mogą być wynikiem niedostatecznej wiedzy i edukacji seksualnej (Oettingen, 2013; Holka-Pokorska, 2018).

Badacze podkreślają istotność neurotransmiterów w odczuwaniu przyjemności seksualnej - zaburzenia orgazmu częściej występują u kobiet, które przyjmują leki antydepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty serotoniny (SSRI), natomiast zwiększenie poziomu dopaminy i noradrenaliny w organizmie wiąże się ze zwiększeniem częstotliwości zachowań seksualnych (Alcantra, 1999, za: Balon, Segraves, 2005; Gomuła, 2006).

2.5. Pozaseksualne czynniki związane z funkcjonowaniem seksualnym

2.5.1. Uwagi wstępne

Odchodzenie od linearnych modeli reakcji seksualnych niewątpliwie związane było z tym, iż zauważono, że rozpatrywanie reaktywności seksualnej opierając się jedynie na czynnikach ściśle seksualnych jest niewystarczające, przede wszystkim w kontekście funkcjonowania seksualnego kobiet (Holka-Pokorska, 2018). Jak wspomniano wcześniej, motywacja była jednym z kluczowych czynników prowadzących do podejmowania zachowań seksualnych, a część z nich służyła zaspokajaniu potrzeb innych niż popęd seksualny. Model Basson, uznawany za najlepiej oddający przebieg reakcji seksualnych u typowej kobiety, podkreśla rolę odczuwanej satysfakcji płynącej ze zbliżeń, która jednak nie pochodzi od fizjologicznych doznań, a emocjonalnych przeżyć (Dębowska, 2019).

Coraz większa jest świadomość korzyści zdrowotnych czy relacyjnych płynących z aktywności seksualnej i coraz więcej badaczy podejmuje to zagadnienie w pracach naukowych. Uznaje się, że zdrowie psychiczne, fizyczne czy czynniki relacyjne mają kluczowe znaczenie nie tylko dla motywacji, ale dla funkcjonowania seksualnego kobiet w ogóle, modyfikując reaktywność seksualną. Badania nad seksualnością ludzi jednoznacznie wskazują, że powinna być ona rozpatrywana w ujęciu bio-psycho-społecznym uwzględniającym równoważne znaczenie czynników psychologicznych, biologicznych i społecznych (w tym kulturowych i relacyjnych) dla funkcjonowania seksualnego (Holka-Pokorska, 2018; Gianotten, 2021).

Do czynników biologicznych mogących modyfikować reaktywność seksualną i wpływać na funkcjonowanie seksualne zalicza się przede wszystkim fazę cyklu miesięczkowego, podkreślając znaczenie hormonów w podejmowaniu aktywności seksualnej i etap cyklu życiowego, a także etap cyklu reprodukcyjnego - funkcjonowanie seksualne może różnić się ze względu na ciążę, okres poporodowy czy menopauzę, również radzenie sobie z diagnozą niepłodności czy podejmowanie starań o zajście ciążę (Holka-Pokorska, 2018). Trudności w funkcjonowaniu seksualnym są częstym tematem zgłaszanym przez kobiety zmagające się z problemami ginekologicznymi. Jak podaje Drosdzol-Cop, Skrzypulec-Plinta i Białka (2018) występowanie u pacjentek zespołu policystycznych jajników, endometriozy, niepłodności, zaburzeń funkcji dna miednicy oraz innych stanów chorobowych w obrębie sromu i wewnętrznych narządów płciowych u kobiet zwiększa ryzyko wystąpienia dysfunkcji seksualnych. Oprócz wpisanych w przebieg wyżej wymienionych problemów zdrowotnych zabiegów i operacji, stanowią

one przyczynę stresu i problemów emocjonalnych (Droszol-Cop i in., 2018). Coraz więcej źródeł wskazuje powiązania pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym kobiet, a schorzeniami i chorobami, które u nich występują (Anyfanti i in., 2014; Maiorino i in., 2017; Sroślak i in., 2017; Piątkiewicz i in., 2017; Kozłowska i in., 2019). Holka-Pokorska (2018) wskazuje, że trudności związane ze zdrowiem, zarówno psychicznym (wysoki poziom lęku, stany depresyjne) i somatycznym, w tym bezsenność, schorzenia endokrynologiczne i poważne choroby ogólnoustrojowe stanowią czynnik ryzyka zaburzeń funkcjonowania seksualnego. Na funkcjonowanie seksualne, oprócz czynników hormonalnych i krążeniowych (mających szczególne znaczenie dla funkcjonowania seksualnego mężczyźni³), ma wpływ również prowadzony styl życia, skupiając się przede wszystkim na diecie, używkach, higienie snu i pracy) (Rawińska, 2020)

Funkcjonowanie seksualne kobiet, a przede wszystkim odpowiedź seksualna, jest ściśle powiązane z działaniem neurotransmiterów (Holka-Pokorska, 2018). Wszelkie trudności neurologiczne oraz stosowanie farmakoterapii modulującej neuroprzebieżność (leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne) mają szczególne znaczenie dla występowania trudności w funkcjonowaniu seksualnym (Holka-Pokorska, 2018; Rawińska, 2020).

2.5.2. Czynniki psychologiczne istotne dla funkcjonowania seksualnego kobiet

Bogatą grupę czynników mogących modyfikować funkcjonowanie seksualne stanowią czynniki psychologiczne, w tym zmienne osobowościowe oraz czynniki personalne wynikające z doświadczeń i przekonań jednostki (Holka-Pokorska, 2018). Osobowościowe korelaty funkcjonowania seksualnego są aktualnie często przedmiotem badań naukowych z pogranicza psychologii, psychiatrii i seksuologii z uwagi na rosnące zainteresowanie (i zapotrzebowanie na odpowiedzi i możliwości terapeutyczne) zaburzeniami osobowości i funkcjonowaniem osób z diagnozą zaburzeń osobowości w różnych sferach życia (por. Leśniak, 2021; Brud, 2021; Mosiołek, Jakima, 2022). Zaburzenia osobowości, związane z występowaniem nieadaptacyjnych, sztywnych wzorców zachowań, modyfikują sposób myślenia, postrzegania siebie i innych oraz funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych (Dębowska, 2019). Te wzorce zachowań widoczne są w każdej sferze życia osoby z zaburzeniami osobowości, a więc również w sferze seksualnej. W zależności od zaburzenia, osoby mogą przejawiać wzmożone lub

³ Tym szczególnym obszarem z pogranicza seksuologii i kardiologii zajmuje się kardioseksuologia.

zmniejszone zainteresowanie seksualnością i aktywnością seksualną, mogą preferować ekscentryczne sposoby realizacji potrzeby płciowej, traktować relacje seksualne ze zbytnią sztywnością lub z nadmiernym rozhamowaniem lub kompulsją (Dębowska, 2019). Biorąc pod uwagę koncepcje, w których zaburzenia osobowości traktowane są jako jeden biegun kontinuum (na drugim biegunie plasując normalną osobowość, por. Millon, Davies, 2005; Cierpiałkowska, Soroko, 2017), można przyjąć, że rysy osobowości, obecne u osób bez diagnozy zaburzeń osobowości, będą modyfikować funkcjonowanie seksualne podobnie jak w zaburzeniach osobowości, tylko w mniejszym natężeniu lub w sposób akceptowany społecznie.

Oprócz zaburzeń osobowości, za cechy indywidualne, które mają znaczenie dla funkcjonowania seksualnego uznaje się wysoki poziom lęku oraz nieprawidłowości w działaniu procesów pobudzania i hamowania (Rawińska, 2020). Wiele źródeł wskazuje, że jednym z czynników psychologicznych mających ogromne znaczenie dla funkcjonowania seksualnego jest poziom neurotyczności (Barlow, 1986, Lew-Starowicz, 1984, Basco, 2008, za: Rawińska, 2020; Heaven, 2003; Nobre, Pinto-Gouveia, 2008a; Nobre, Pinto-Gouveia, 2008b). Ekstrawersję uznano za cechę pozytywnie oddziałującą na funkcjonowanie seksualne i podejście do seksualności – ekstrawersja wiąże się bowiem pośrednio z niższym poziomem niepokoju o związek, zwiększoną częstotliwością odczuwania potrzeby płciowej oraz otwartością na nowe doznania w zakresie aktywności seksualnej (Heaven i in., 2003; Rawińska, 2020).

Kolejnymi czynnikami oddziałującymi na funkcjonowanie seksualne są dysfunkcjonalne przekonania dotyczące seksualności, negatywne doświadczenia seksualne oraz samoocena i obraz ciała; stanowią one czynniki ryzyka nieprawidłowości w funkcjonowaniu seksualnym (Holka-Pokorska, 2018; Drosdzol-Cop i in., 2018; Rawińska, 2020). Lęk przed ciążą czy innymi następstwami aktywności seksualnej oraz obawy dotyczące funkcjonowania seksualnego, wynikające często z niedostatecznej wiedzy o seksualności człowieka lub braku edukacji seksualnej, również modyfikują kobiecą odpowiedź seksualną (Holka-Pokorska, 2018).

2.5.3. Czynniki relacyjne istotne dla funkcjonowania seksualnego kobiet

Wspomniano już, że dla funkcjonowania seksualnego kobiet istotne znaczenie mają czynniki emocjonalne i interpersonalne, działające nie tylko w trakcie aktywności seksualnej, ale również w czasie poprzedzającym zbliżenie i po jego zakończeniu. Realizacja potrzeby seksualnej z partnerem lub partnerką jest często źródłem poczucia

wzmocnienia więzi i spełnienia w relacji (Dębowska, 2019). Bliskość emocjonalna z osobą partnerską i klimat relacji (istotne jest tutaj zarówno poczucie satysfakcji ze związku romantycznego, jak i satysfakcja seksualna) często bywa kluczowym czynnikiem wzbudzającym pożądanie i chęć angażowania się w aktywność seksualną (Dębowska, 2019). To, na ile motywacja do podjęcia aktywności seksualnej ma związek z pozytywnymi odczuciami względem partnera oraz omówienie mechanizmu dodatniego sprzężenia zwrotnego w cyklu reakcji seksualnej kobiet zostało wspomniane we wcześniejszej części pracy (patrz rozdział 2.4.1).

Do najbardziej znaczących czynników relacyjnych, istotnie modyfikujących funkcjonowanie seksualne, należą przede wszystkim konflikty w relacji, różnice w oczekiwaniach dotyczących funkcjonowania relacji czy potrzeb seksualnych, brak czasu na intymność i stosunki seksualne, poczucie braku starań o utrzymanie atrakcyjności czy ekscytacji w związku (Pogorzelska, 2020). Jak wskazuje Meston i Trapnell (2005), kobieca satysfakcja z seksualnych aspektów związku jest silnie zależna od komunikacji między partnerami, dopasowania, zadowolenia oraz pojawiania się obaw dotyczących siebie i związku. Relacyjne aspekty oddziałujące na satysfakcję seksualną kobiet związane są więc z poczuciem kompatybilności poziomu potrzeb seksualnych oraz preferencji i wartości oraz sposobu w jaki komunikowane są potrzeby i pragnienia w związku, co sprzyja budowaniu intymności i bliskości w parze (Ilska, Przybyła-Basista, Brandt-Salmeri, 2017).

Rawińska (2020) wskazuje, że dla funkcjonowania seksualnego mają znaczenie takie wymiary związku jak tożsamość związku (oczekiwania, poczucie autonomii, ale też więzi i zaangażowania), współpraca w relacji (interakcje między partnerami oraz sposób rozwiązywania konfliktów) oraz uczuciowość, czyli sposoby okazywania czułości, bliskości i empatia względem partnera.

Warto zaznaczyć, że funkcjonowanie seksualne i satysfakcja seksualna kobiet w relacji dotyczy zarówno związków różnopłciowych, jak i jedнопłciowych. Badania naukowe nad tymi aspektami w odniesieniu do par heteroseksualnych stanowią zdecydowaną większość publikacji podejmujących ten temat, choć z roku na rok ilość badaczy zajmujących się seksualnością i relacyjnością osób spoza heteronormatywności rośnie (Iniewicz, 2009; Kurdek, 1994, Kurdek, 2006, za: Cusack i in., 2012; Jankowiak, 2013; Janicka, Cieślak, 2020; Peixoto, Nobre, 2020; KPH i Stowarzyszenie Lambda Warszawa, 2021; Lewis i in., 2022). U kobiet w związkach jedнопłciowych zadowolenie z relacji maleje wraz z większym stażem, a u kobiet w relacjach heteroseksualnych długość trwania związku nie

ma znaczenia dla zadowolenia (Cusack i in., 2012; Kucharski, Rzepa, 2017). Istniejące publikacje porównujące funkcjonowanie osób w związkach różno- i jedнопłciowych pokazują jednak, że różnice między nimi wcale nie są znaczne, jak mogłyby sugerować potoczne przekonania i opinie na ten temat, a co więcej specyfika związków jedнопłciowych i różнопłciowych jest tak odmienna, że porównywanie ich nie zawsze ma metodologiczne podstawy (Henderson i in., 2009; Jankowiak, 2013; Janicka, Kwiatkowski, 2016). Z uwagi na brak możliwości zalegalizowania związków jedнопłciowych w Polsce, znaczna część relacji osób homoseksualnych rozpatrywana jest w kategoriach związków kohabitujących lub partnerskich. Tymczasem badania pokazują, że satysfakcja seksualna i jakość relacji różnicuje osoby w związkach małżeńskich i partnerów ze związków kohabitacyjnych, wskazując na większe zadowolenie z relacji u osób w związkach małżeńskich (Jankowiak, Wyszyńska, 2011; Reynolds i in., 2014).

2.5.4. Czynniki społeczne i kulturowe istotne dla funkcjonowania seksualnego kobiet

Normy i wzorce dotyczące seksu i seksualności na przestrzeni ostatnich dekad ulegały zmianom w kierunku większej liberalizacji podejścia do ekspresji seksualnej, tworzenia związków seksualnych i romantycznych, jednak wciąż obecne są kulturowo-społeczne pozostałości po przeszłych tradycjach i zwyczajach (Woźniak, 2012). Rewolucja seksualna dotknęła polską społeczność po drugiej wojnie światowej, dzięki przede wszystkim emancypacji kobiet i ich zwiększonej aktywności zawodowej (co przyczyniło się do zrewidowania dotychczasowych podziałów ról społecznych, zawodowych i seksualnych), czy zmniejszonej ingerencji Kościoła w życie rodzinne i seksualne Polaków, co przełożyło się na zmianę podejścia do seksu przedmałżeńskiego, antykoncepcji i masturbacji (Imieliński, 1980, za: Woźniak, 2012; Janoska-Jaździk, 2019). Nadal jednak w społecznych przekazach na temat seksualności obecne są wpływy tradycyjnych ról płciowych i społecznych oraz wartości religijne.

Należy wspomnieć, że nie miały wpływ na zmianę podejścia do seksualności przez Polaków, miał poradnik dotyczący seksualności Michaliny Wisłockiej pt. *Sztuka kochania*, który zaproponował nowe, bardzo zachodnie na tamte czasy (przełom lat 70. i 80), spojrzenie na kobietą przyjemność i ważność satysfakcji seksualnej dla ogólnej jakości życia (Wisłocka, 2016; Borowiec, Wróbel, 2020; Janoska-Jaździk, 2019).

Aktualnie na życie seksualne Polaków ma duży wpływ kultura masowa (Janoska-Jaździk, 2019). Jak podaje Janoska-Jaździk (2019) kultura masowa wpływa na styl życia, hierarchię

wartości, oczekiwania i potrzeby psychiczne. Zarówno literatura, jak i filmy, seriale, sztuki teatralne, sztuki wizualne, moda czy muzyka pokazują różnorodność i przemiany seksualności. Szczególnie film i seriale ukazują szerokie spektrum wariantów ludzkiej seksualności i ekspresji seksualnej i poprzez rozrywkową formę umożliwiają pogłębioną refleksję, kształtują postawy wobec seksualności różnych grup społecznych, dają okazję do doświadczenia czegoś im nieznanego (Berek, Probierz, 2021). Temat wpływu literatury popularno-naukowej na kształtowanie postaw wobec seksualności kobiet został przedstawiony we wcześniejszej części pracy (patrz rozdz. 1.7.3).

Literatura naukowa wskazuje, że do czynników społecznych i kulturowych wiążących się z funkcjonowaniem seksualnym należą przede wszystkim niski status ekonomiczny, niski poziom funkcjonowania społecznego, a także światopogląd charakteryzujący się małą elastycznością, mogący wynikać z przekonań religijnych (Holka-Pokorska, 2018). Często przyczyną występowania dysfunkcji seksualnych jest brak umiejętności społecznych w zakresie nawiązywania i tworzenia intymnych relacji interpersonalnych oraz nieśmiałość, lęki, stereotypy społeczne oraz kompleksy dotyczące seksualności (Jasionowska i in., 2019). „Kompleksy seksualne”, czyli zniekształcone przekonania na temat seksualności własnej i innych osób a także lęki dotyczące aktywności seksualnej wynikają z niewystarczającej edukacji seksualnej i wciąż popularnych, lecz fałszywych potocznych przekazów i mitów na temat seksualności człowieka. Przekonania te nie tylko przyczyniają się do powstawania dysfunkcji seksualnych, ale także sprzyjają utrzymywaniu się trudności (Pogorzelska, 2020). Co więcej, mity te oddziałują niezależnie od wieku lub poziomu wykształcenia (Baker, 1993, za: Pogorzelska, 2020).

3. Dysfunkcje seksualne – trudności w funkcjonowaniu seksualnym

3.1. Definicja i aktualne kryteria diagnostyczne

Jak zostało wskazane we wcześniejszym rozdziale (rozdz. 2) prawidłowe funkcjonowanie seksualne umożliwia jednostkom realizację swoich potrzeb seksualnych i tym samym przyczynia się do podnoszenia poziomu jakości ich życia.

Doświadczane trudności i zaburzenia w zakresie odpowiedzi seksualnej, polegające na nieprawidłowym przebiegu reakcji seksualnych lub doznania bólu i dyskomfortu, które uniemożliwiają osobom dorosłym uczestniczenie w seksualnych stosunkach w sposób zgodny z potrzebami i preferencjami, określane są jako dysfunkcje seksualne (Pużyński, Wciórka, 2000; Oettingen, 2013; Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018; Dębowska, 2019; Merk, Stusiński, 2022). W tej definicji, odpowiedź seksualna, której przebiegu dotyczą zaburzenia, jest rozumiana jako złożona interakcja pomiędzy procesami fizjologicznymi, psychologicznymi, interpersonalnymi, społecznymi i kulturowymi. Procesy te mogą różnorodnie wpływać na każdy z etapów odpowiedzi seksualnej (Merk, Stusiński, 2022). Według DSM-V dysfunkcje seksualne to zakłócenie zdolności do reakcji seksualnej lub możliwości odczuwania seksualnej przyjemności (DSM-V, 2013; Droszol-Cop i in., 2018). Dysfunkcja może obejmować różne zaburzenia, które sprawiają, że osoba nie uczestniczy w stosunkach seksualnych w satysfakcjonujący ją sposób (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018). Oprócz powyżej wspomnianej braku zdolności czy możliwości odbywania stosunków zgodnych z potrzebami i preferencjami, aby zdiagnozować dysfunkcję seksualną, konieczne jest spełnienie jeszcze kryteriów dotyczących częstotliwości występowania (dysfunkcja nie musi pojawiać się w każdej sytuacji, jednak występuje często), czasu trwania – diagnozuje się dysfunkcję, gdy ta trwa co najmniej 6 miesięcy i gdy nie można jej wytłumaczyć występowaniem innych zaburzeń psychicznych, somatycznych czy stosowaniem farmakoterapii (ICD-10, 2000; Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018).

W klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (APA, 2013; Gałęcki i in., 2018) wyróżniono kryterium cierpienia, mówiące o tym, że dysfunkcję możemy zdiagnozować wtedy, gdy wywołuje ona istotne klinicznie psychologiczne cierpienie u pacjenta. Kryterium to jest konieczne do diagnozy dysfunkcji seksualnych także w najnowszej klasyfikacji diagnostycznej ICD-11 (Parameshwaran, Chandra, 2019;

WHO, 2022). Kryterium to wskazuje, że dysfunkcja powinna stanowić subiektywny problem doświadczającej jej osoby (Parameshwaran, Chandra, 2019). Kryterium to wydaje się być o tyle istotne, że - jak wspomniano wcześniej, część kobiet nie zgłasza trudności w funkcjonowaniu seksualnym tak długo, jak nie utrudnia to funkcjonowania seksualnego w związku i nie wpływa na relację romantyczną, a także postrzega swoje życie seksualne jako satysfakcjonujące, mimo występowania objawów dysfunkcji (Bancroft, 2011; Dąbkowska, 2015).

Aktualne klasyfikacje diagnostyczne takie jak DSM – V (Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego z 2013 roku) i ICD – 10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych z 1993 roku) różnicują zaburzenia seksualne mężczyzn i kobiet (FSD – female sexual dysfunction) zgodnie z cyklem reakcji seksualnych - dzieląc je na dysfunkcje związane z pożądaniem, podnieceniem i orgazmem, a także na te związane z bólem. W najnowszej klasyfikacji ICD-11 z 2019 roku (wprowadzona do użytku w Polsce zostało na przestrzeni powstawania tej pracy) w części dotyczącej dysfunkcji seksualnych nie umieszczono zaburzeń związanych z bólem podczas aktywności seksualnych - te trudności zyskały sklasyfikowane jako osobna grupa problemów zdrowia seksualnego (WHO, 2019; za: Merk, Stusiński, 2022). W ICD-11 została usunięta dysfunkcja dotycząca awersji seksualnej i braku przyjemności seksualnej, która obecna była w poprzedniej wersji klasyfikacji (Merk, Stusiński, 2022).

Podsumowanie dysfunkcji seksualnych wyróżnionych w omówionych powyżej klasyfikacjach przedstawia tabela (Tabela 1).

Tabela 1 *Klasyfikacja dysfunkcji seksualnych. Opracowanie własne na podstawie ICD–10, ICD–11 i DSM–V*

| ICD-10 (1992) | ICD-11 (2022) | DSM-V (2013) |
|--|---|--|
| Brak lub utrata potrzeb seksualnych | Dysfunkcja hipoaktywnego pożądania seksualnego | Oslabienie pożądania seksualnego u mężczyzn |
| Awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej | Dysfunkcje podniecenia seksualnego (w tym <i>Dysfunkcja podniecenia seksualnego u kobiet</i> i <i>Dysfunkcja erekcji u mężczyzn</i>) | Zaburzenia zainteresowania/wzbudzenia seksualnego u kobiet |
| Brak reakcji genitalnej | Dysfunkcje orgazmu (w tym Anorgazmia) | Zaburzenie wzwodu |
| Zaburzenia orgazmu | Dysfunkcje wytrysku (w tym wytrysk wczesny u mężczyzn i wytrysk opóźniony) | Zaburzenia orgazmu u kobiet |
| Wytrysk przedwczesny | | Przedwczesny wytrysk nasienia |
| Pochwica nieorganiczna | | Opóźniony wytrysk |
| Dyspareunia nieorganiczna | | Bolesność genitalno-miednicza/zaburzenia penetracji |
| Nadmierny popęd seksualny | | Dysfunkcje seksualne wywołane substancją/lekiem. |

Porównując kategorie obydwu klasyfikacji diagnostycznych zauważyć można, że ICD-10 opisuje zaburzenia seksualne wspólnie dla obu płci, natomiast DSM-V wyraźnie rozgranicza te dotyczące kobiet i te dotyczące mężczyzn. Jak widać w Tabeli 2, w DSM-V utworzono wspólną kategorię dla zaburzeń dotyczących pożądania i podniecenia (zainteresowania i wzbudzenia) u kobiet. Zmiana ta wynika przede wszystkim z faktu, że zaburzenia pożądania i zaburzenia reaktywności ze sobą współwystępują, a co więcej, samym pacjentkom często trudno odseparować jedno zaburzenie od drugiego (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018; Dębowska 2019). Z podobnych względów, w DSM-V widnieje wspólna kategoria obejmująca nieorganiczną pochwicę i dyspareunię, tworząc grupę zaburzeń penetracji/bolesności genitalno-miedniczej - ból okolic miednicy, napięcie mięśni dna miednicy czy objawy lękowe i bólowe związane z penetracją pojawiają się w obu wymienionych zaburzeniach (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018). W klasyfikacji DSM-V możliwe jest także przypisanie zaburzenia do kategorii dysfunkcji

wywołanej substancją lub lekiem, zwracając uwagę na znaczenie farmakoterapii czy stosowania substancji dla funkcjonowania seksualnego (Dębowska, 2019).

3.2. Trudności w przeżywaniu przyjemności seksualnej jako objaw dysfunkcyjnego funkcjonowania seksualnego

Wiodące w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym klasyfikacje umieszczają dysfunkcje seksualne w rozdziale dotyczącym zdrowia psychicznego, co niesie za sobą konsekwencje postrzegania ich w kategoriach zaburzeń psychicznych. W klasyfikacji ICD-11, wdrażanej do polskiej praktyki diagnostycznej od 2022 roku, zaburzenia seksualne umieszczono w osobnym rozdziale, rozgraniczając dysfunkcje i zaburzenia psychiczne (Parameshwaran, Chandra, 2019; WHO, 2022). Na etapie prac nad klasyfikacją ICD-11 podkreślano, że podział dysfunkcji będzie podporządkowany nadal linearnemu modelowi reakcji seksualnych, jednak większa uwaga zostanie poświęcona czynnikom psychologicznym, w tym emocjonalnym, oraz kulturowym w obrazie zaburzeń (Parameshwaran, Chandra, 2019). Parameshwaran i Chandra (2019) zasygnalizowały, że w planowanej klasyfikacji pojawi się osobna podgrupa zaburzeń seksualnych – “seksualna anhedonia”, związana z odczuwaniem przyjemności z aktywności seksualnej. Ostateczna wersja klasyfikacji nie zawiera jednak takiej podgrupy. Objawy braku lub zmniejszenia poczucia podniecenia seksualnego (przyjemności i seksualnej ekscytacji) zostały ujęte w dysfunkcjach podniecenia seksualnego u kobiet (Merk, Stusiński, 2022).

Na przestrzeni lat grupy specjalistów z dziedziny urologii, ginekologii, medycyny seksualnej i psychiatrii podejmowały temat dysfunkcji seksualnych z różnych perspektyw, tworząc specyficzne dla każdego z obszarów wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne (Parish i in., 2021). Większość wskazań odnosiła się do trudności i zaburzeń pojawiających się w przebiegu typowego cyklu reakcji seksualnych kobiet i mężczyzn, jednak część z nich, omawianych np. podczas 4. Międzynarodowej Konsultacji na temat Medycyny Seksualnej (ICSM) lub przez Międzynarodowe Stowarzyszenie na rzecz Badań nad Zdrowiem Kobiet (ISSWSH) wychodzi poza standardowe problemy funkcjonowania seksualnego lub też na nowo definiuje znane dotychczas dysfunkcje (Parish i in., 2016). Wśród nowych wyzwań diagnostycznych wyróżniono te (nie podejmowane w DSM-V ani ICD-11), które odnosiły się do zagadnienia odczuwania przyjemności podczas aktywności seksualnej, jak bolesny orgazm lub hipohedoniczny orgazm (definiowany jako pierwotny

lub nabyty obniżony lub niski poziom przyjemności seksualnej płynącej z orgazmu), zespół przetrwałego pobudzenia genitalnego, zaburzenia orgazmu oraz zespół choroby orgazmicznej (McCabe i in., 2016a, 2016b, 2016c). W zakresie redefinicji, eksperci uznali, że definicja zaburzenia pobudzenia, obejmująca dotychczas jedynie zaburzenie dotyczące reakcji genitalnej, nie jest wyczerpująca i zaburzenia pobudzenia u kobiet (Female Sexual Arousal Disorder, FSAD) zostały uznane za kategorię nadrzędną mieszczącą w sobie podtypy zaburzeń pobudzenia dotyczących genitaliów (FGAD) oraz oceny poznawczej (FCAD) (Parish i in., 2016). Tak, jak zaburzenia pobudzenia genitaliów skupiają się na trwającej co najmniej 6 miesięcy trudności lub niezdolności do osiągnięcia lub utrzymania odpowiedzi narządów płciowych, takich jak nawilżenie, obrzęk genitaliów i wrażliwość genitaliów w aktywności seksualnej, tak zaburzenia poznawcze dotyczą subiektywnej trudności lub niemożności osiągnięcia lub utrzymania podniecenia psychicznego, objawiając się problemami z uczuciem zaangażowania lub podniecenia seksualnego (Parish i in., 2016). Zaburzenia te mogą współwystępować lub występować niezależnie (Parish i in., 2016). Uwzględnienie subiektywnego dyskomfortu związanego z trudnością czy niemożnością wzbudzenia lub utrzymania pobudzenia seksualnego na poziomie psychicznym podkreśla wagę czynników psychologicznych i kulturowych związanych z pobudzeniem seksualnym kobiet. Nowe klasyfikacje wprowadzają szersze rozumienie etiologii zaburzeń seksualnych u kobiet nadając im wymiar bio-psycho-społeczny. Potwierdzają one to, czego dowiodły dotychczasowe badania w obszarze seksualności kobiet, wskazujące, że funkcjonowanie seksualne kobiet, jak i ich satysfakcja seksualna zależy od różnych aspektów, nie tylko biologicznych (Basson, 2000, 2005; Dąbkowska, 2015; Holka-Pokorska, 2018).

Zwrócenie uwagi specjalistów na dysfunkcje dotyczące przeżywania przyjemności seksualnej oraz poznawcze źródło trudności w zakresie pobudzenia seksualnego jest szczególnie ciekawe w perspektywie podejmowanych w niniejszej pracy zagadnień związku pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym a przyjemnością. Powiązanie pomiędzy trudnościami w przeżywaniu przyjemności - anhedonii, będącym objawem wielu zaburzeń i chorób psychicznych a funkcjonowaniem seksualnym jest obszarem zainteresowania badaczy od wielu lat.

3.3. Dysfunkcje seksualne a depresja i inne zaburzenia psychiczne

3.3.1. *Dysfunkcje seksualne towarzyszące różnym zaburzeniom psychicznym*

Satysfakcja płynąca z aktywności seksualnej jest ważnym obszarem ogólnej jakości życia oraz zdrowia, także dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Dębowska, 2019). Okazuje się jednak, że występowanie dysfunkcji seksualnych w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi jest częstsze niż u osób bez zaburzeń psychicznych, z uwagi zarówno na objawy samych zaburzeń jak i prowadzonej farmakoterapii (Lew-Starowicz, 2018a; Dębowska, 2019; Jakima, 2020).

Do najczęstszych dysfunkcji seksualnych występujących u osób ze schizofrenią należą obniżenie popędu seksualnego, zaburzenia odpowiedzi genitalnej czy opóźnienie wytrysku i orgazmu, podobnie jak w manii w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej, mogą pojawić się także ryzykowne zachowania seksualne prowadzące nierzadko do stosunków niezabezpieczonych i zwiększonej zachorowalności na choroby i zakażenia przenoszone drogą płciową (Dębowska, 2019). U osób z zaburzeniami lękowymi widoczny jest spadek jakości życia seksualnego i satysfakcji płynącej ze wszystkich aktywności seksualnych (Dębowska, 2019). W ostatnim czasie wzrosło zainteresowanie badawcze związane z funkcjonowaniem seksualnych osób z zaburzeniami osobowości. Wskazuje się, że występowanie dysfunkcji seksualnych w tej grupie cechuje duże zróżnicowanie (Dębowska, 2019). Jednak obszarem najlepiej i najszerzej zbadanym są dysfunkcje seksualne w zaburzeniach nastroju, w tym przede wszystkim depresji, z uwagi na złożoność powiązań występowania zaburzeń nastroju i dysfunkcji, a także towarzyszącemu im leczeniu (Lew-Starowicz, 2018a; Dębowska, 2019; Jakima, 2020). Poszukując czynników ryzyka, mogących zwiększać prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń depresyjnych i związanych z ich przebiegiem trudnościami w przeżywaniu przyjemności, można odwołać się do wielu koncepcji dotyczących etiologii depresji. Jednak to teorie poznawcze są najbardziej powszechne i popularne, również z uwagi na znaczenie terapeutyczne dla zaburzeń depresyjnych. Oparte na teoriach poznawczych terapie poznawczo-behawioralne są bowiem nastawione na rozpoznanie nieadaptacyjnych schematów poznawczych oraz wynikających z nich dysfunkcyjnych zachowań i ich korygowanie w procesie terapeutycznym.

3.3.2. *Funkcjonowanie seksualne osób z depresją*

Statystyki dotyczące funkcjonowania osób z depresją w obszarze seksualnym wskazują, że trudności w funkcjonowaniu seksualnym dotyczą 30-60% kobiet i 30-75% mężczyzn z zaburzeniami depresyjnymi (Jakima, 2020). Szeroka rozbieżność statystyk związana może być z tym, że wciąż niewielką uwagę poświęca się funkcjonowaniu seksualnemu podczas diagnozy i terapii zaburzeń psychicznych, w tym również depresji (Jakima, 2020).

W badaniach epidemiologicznych prowadzonych przez Field i współpracowników (2013) na brytyjskiej grupie stwierdzono, że osoby, które doświadczały objawów depresji, takich jak: zmniejszenie napędu psychoruchowego, obniżenie nastroju i motywacji do podejmowania aktywności, spadek lub utrata zainteresowań, wycofanie z kontaktów społecznych czy uczucie zmęczenia i niepokoju, znacznie rzadziej pozostawały aktywne seksualnie w porównaniu z populacją ogólną. Co więcej, związek pomiędzy depresją a brakiem aktywności seksualnej był silniejszy niż związek braku aktywności z innymi chorobami będącymi czynnikami ryzyka wystąpienia dysfunkcji seksualnych (Field i in. 2013). Do najczęstszych dysfunkcji seksualnych obserwowanych u pacjentów z diagnozą depresji należą:

- u kobiet: obniżenie lub zanik pożądania, obniżone poczucie przyjemności płynące z aktywności seksualnej, zmniejszona intensywność odczuwania orgazmu lub jego brak oraz zaburzenia związane z bólem;
- u mężczyzn: zanik lub osłabienie pożądania i podniecenia, zaburzenia erekcji oraz zaburzenia ejakulacji z częstym opóźnieniem lub brakiem wytrysku (Jakima, 2020).

Duża część wymienionych dysfunkcji związana jest z obniżonym poczuciem przyjemności płynącej z aktywności seksualnej i trudności w doświadczaniu przyjemności, czyli w ich obrazie klinicznym pojawia się anhedonia. W badaniach prowadzonych w 2013 roku na brytyjskiej populacji stwierdzono, że anhedonia jako objaw depresji jest szczególnie powiązana z tłumieniem pożądania i reaktywności seksualnej, a także zwiększa ryzyko wystąpienia bólu przy stosunkach seksualnych (Mitchell i in., 2013). Zauważono też, że nawet przy braku klinicznej depresji, negatywny nastrój osłabia funkcje seksualne (Kalmbach, Kingsberg, Ciesla, 2014; Kalmbach, Pillai, 2014; Hartmann i in., 2002; Basson, Gilks, 2018). Badania potwierdzają również, że historia nawracających epizodów depresji wiąże się ze zmniejszonym podnieceniem seksualnym i doświadczeniem mniejszej przyjemności seksualnej (Cyranowski i in., 2004a; Cyranowski i in., 2004b).

3.3.3. Specyfika zaburzeń depresyjnych u kobiet

Depresja stanowi jedno z najbardziej powszechnych zaburzeń psychicznych - na całym świecie na depresję choruje ponad 350 milionów osób, a statystyki w Polsce mówią o liczbie ok. 1,5 miliona (Gałęcki, Talarowska, 2018). Choroba ta diagnozowana jest najczęściej u osób w przedziale 20-40 lat i dotyczy co dziesiątego mężczyzny i co piątej kobiety (Gałęcki, Talarowska, 2018). Mimo, że te statystyki pokazują, że ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych jest dwukrotnie większe dla kobiet, coraz większa jest świadomość, że dane na ten temat są niedoszacowane i dysproporcja może wcale nie być taka duża (Gałęcki, Talarowska, 2018).

Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, co sprawia, że to właśnie kobiety częściej chorują (a nie tylko są diagnozowane) na depresję, przyniosło kilka możliwych odpowiedzi. Współczesne teorie dotyczące depresji u kobiet wskazują na zmienne biologiczne, psychologiczne i społeczno-kulturowe (Russo, Green, 2002; Gałęcki, Talarowska, 2018). Pierwsza z hipotez dotyczy specyfiki funkcjonowania płątów skroniowych, kory przedczołowej i hipokampu, gdyż te struktury cechuje silny dymorfizm płciowy. Dodatkowo, te struktury są silnie zależne od działania osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, która jest wrażliwa na działanie czynników stresowych (Gałęcki, Talarowska, 2018). Teorie związane z psychologicznymi cechami i właściwościami wskazują, że często te czynniki, które zwiększają ryzyko zachorowania na depresję, są bardziej typowe dla kobiet (Gałęcki, Talarowska, 2018). Wśród nich wskazuje się na zjawisko wyuczonej bezradności, radzenie sobie ze stresem ukierunkowane na emocje, somatyzacje, style wyjaśniania dotyczące sukcesów (kobiety częściej niż mężczyźni przypisują porażkom wewnętrzne źródło, podczas gdy sukcesom źródło w przypadku i szczęśliwym trafom) (Aronson, 1997, za: Grabowska, 2007; Mandal, 2000; Gałęcki, Talarowska, 2018). Spostrzeganie stresu oraz wyuczona bezradność są czynnikami ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych, jednak stanowią też czynnik ryzyka dla wystąpienia anhedonii (Berek, 2019). Społeczne czynniki ryzyka rozwoju depresji dotyczą przede wszystkim wymagań stawianym przez społeczeństwo w kwestii pełnionych ról społecznych i społecznych zachowań - problemy związane z reprodukcją oraz pełnieniem ról społecznych w pracy i rodzinie (które nadal obarczone są wieloma stereotypami) zwiększają ryzyko wystąpienia u kobiet trudności w zakresie zdrowia psychicznego (Russo, Green, 2002; Gałęcki, Talarowska, 2018). Należy pamiętać, że społecznie akceptowalny dla kobiet wzór zachowań i reakcji emocjonalnych w sytuacjach trudnych

różni się od wzoru zachowań akceptowanych u mężczyzn. To od kobiet częściej niż od mężczyzn oczekuje się wrażliwości, uczuciowości, zdolności do poświęcania się, także w kwestii zaspokajania swoich potrzeb (Gałęcki, Talarowska, 2018). Kobiety mają większe społeczne przyzwolenie na okazywanie objawów depresyjnych (płacz, smutek, rozpacz, rozpamiętywanie straty), ale nie gniewu czy agresji. W tym miejscu warto jednak wspomnieć, że zdolność do wyrażania smutku i innych emocji w sytuacji stresu, straty czy rozczarowania może być uważana za oznakę zdrowia psychicznego i może być uznana za czynnik chroniący przed rozwojem poważniejszych symptomów psychicznych (Newmann, 1984, za: Russo, Green, 2002; Stanton, Low, 2012; Gračanin i in., 2014; Patel, Patel, 2019; Rimé i in., 2020). Co więcej, jedna z hipotez dotyczących depresji u kobiet wskazuje, że kobiety doświadczają w swoim życiu więcej stresujących zdarzeń niż mężczyźni, a dodatkowo mogą mieć mniejszy dostęp do indywidualnych, ekonomicznych i społecznych zasobów, sprzyjających radzeniu sobie (McGrath, 1990, za: Russo, Green, 2002; Gałęcki, Talarowska, 2018). Według tych teorii kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają społecznej izolacji - szczególnie w przypadku doświadczania przemocy (stanowiącej dodatkowy czynnik podatności na zaburzenia depresyjne), trudności ekonomicznych czy chronicznych problemów zdrowotnych (Newmann, 1986, Belle, 1990, za: Russo, Green, 2002). Wskazuje się, że jednym z czynników wiążącym się z nasileniem symptomów zaburzeń psychicznych, w tym depresji, są zmiany nastroju związane z cyklem menstruacyjnym (Hamilton, Gallant, Lloyd, 1989, Moss, 1986, za: Russo, Green, 2002).

Podane powyżej przykłady potwierdzają wielość biopsychospołecznych czynników predysponujących kobiety do wystąpienia u nich depresji. Kobiety jednak nie tylko są na depresję bardziej narażone, ale i częściej niż u mężczyzn rozwija się u nich ta choroba oraz jest znacznie częściej diagnozowana (Russo, Green, 2002; Gałęcki, Talarowska, 2018).

3.3.4. Dwukierunkowa zależność pomiędzy depresją a zaburzeniami funkcjonowania seksualnego

Powiązania pomiędzy współwystępowaniem dysfunkcji seksualnych i depresji są co najmniej dwukierunkowe (Lew-Starowicz, 2010a; Parish i in., 2021). Z jednej strony, depresja jest jednym z czynników ryzyka zaburzeń seksualnych kobiet, a pacjentki chorujące na depresję zgłaszają jako objaw zmniejszenie zainteresowania seksem oraz obniżenie libido (Clayton, 2007; Bancroft, 2009; Lew-Starowicz, 2010a; Lew-Starowicz, 2010c). Dodatkowo, u kobiet, które zgłaszały problem z obniżonym popędem seksualnym,

w wywiadzie częściej odnotowywano epizody depresji w przeszłości - doświadczenie zaburzeń depresyjnych może więc wpływać na pojawianie się dysfunkcji seksualnych w przyszłości (Cyranowski i in. 2004a, Lew-Starowicz, 2010b). Jednak występowanie dysfunkcji seksualnych w ogólnej populacji jest wyższe niż rozpowszechnienie zaburzeń nastroju, więc zaburzenia funkcji seksualnych mogą być powodowane również innymi czynnikami, wykraczającymi poza diagnozę zaburzeń nastroju. Z drugiej strony, osoby doświadczające dysfunkcji seksualnych mogą doświadczać trudności w relacjach interpersonalnych, zaburzeń nastroju, obniżonej motywacji do poszukiwania przyjemności seksualnej czy też zniekształceń poznawczych wynikających z generalizacji trudności w sferze seksualnej na inne obszary życia (Jakima, 2010; Lew-Starowicz, 2010a). Czynniki te są wskazywane również jako zwiększające podatność na występowanie zaburzeń depresyjnych i innych trudności psychicznych (Lew-Starowicz, 2018a). U osób z diagnozą zaburzeń psychicznych dysfunkcje seksualne mogą być elementem obrazu klinicznego zaburzenia, ale również negatywne doświadczenia seksualne, pojawienie się problemów w obszarze relacji partnerskich czy seksualnych (przede wszystkim wynikających z unikania kontaktów seksualnych w wyniku obniżenia potrzeb seksualnych) i generujące cierpienie dysfunkcje seksualne mogą być przyczyną pogorszenia się zdrowia psychicznego (Lew-Starowicz, 2018a). Metaanalizy prowadzone przez badaczy potwierdzają, że obecność zaburzeń depresyjnych zwiększa ryzyko wystąpienia dysfunkcji seksualnych, a występowanie dysfunkcji seksualnych zwiększa podatność na zaburzenia nastroju (Pięta, Mosiołek, 2020; Parish, 2021).

Według Basson i Gilks (2018) depresja osłabia reaktywność seksualną w całym cyklu reakcji seksualnej - obniża się wrażliwość na bodźce, a anhedonia zmniejsza pragnienie przyjemności fizycznej płynącej z aktywności seksualnej. W zaproponowanym przez badaczki modelu wpływu depresji na przebieg cyklu reakcji seksualnych, depresja obniża również potrzebę intymności emocjonalnej, która stanowi główny bodziec seksualny dla kobiet (Basson, Gilks, 2018). Osłabiona koncentracja, pojawianie się myśli i emocji nienacechowanych seksualnie obniża zdolność do przetwarzania informacji seksualnych w mózgu - może prowadzić to do braku lub osłabionego podniecenia i pożądania, a brak pozytywnych wzmocnień osłabia motywację do przyszłych aktywności seksualnych (Basson, Gilks, 2018)

3.3.5. *Polekowe dysfunkcje seksualne*

Zarówno w zaburzeniach depresyjnych, jak i dysfunkcjach seksualnych, ważną rolę odgrywają neurotransmitery takie jak dopamina, serotonina, noradrenalina. Oprócz nich, w reakcjach seksualnych kobiet i mężczyzn biorą udział inne substancje chemiczne takie jak acetylocholina (odpowiedź genitalna), testosteron (kluczowy dla fantazji seksualnych czy odczuwanie pożądania seksualnego) czy prolaktyna, której wysokie poziomy hamują podniecenie seksualne i kolejne fazy reakcji seksualnych (Lew-Starowicz, 2018a; Holka-Pokorska, 2018). Szereg leków, stosowanych w terapii różnych zaburzeń, może oddziaływać na poziom tych neurotransmiterów.

Tabela 2 *Funkcje neurotransmitterów biorących udział w relacjach seksualnych człowieka. Opracowanie własne, na podstawie Jakima, Lew-Starowicz, 2010; Holka-Pokorska, 2018; Lew-Starowicz, 2018a*

| Dopamina | Serotonina | Noradrenalina |
|---|---|---|
| Reguluje zachowania apetytywne i działanie ośrodkowego układu nagrody. Zwiększa motywację do podejmowania zachowań seksualnych i wzmacnia odczuwanie podniecenia, przyjemności seksualnej, a także orgazmu. Układ dopaminowy jest zaangażowany w odpowiedź seksualną dotyczącą pobudliwości seksualnej. Szlak mezolimbiczny odpowiada za działania popędowe, a układ nagrody zależny od dopaminy, reguluje pożądanie i motywację do zbliżeń seksualnych. | Reguluje funkcje seksualne w sposób antagonistyczny do działania układu dopaminergicznego - hamując uwalnianie dopaminy obniża pożądanie seksualne, hamuje ejakulację i orgazm. | Reguluje podniecenie seksualne a także inicjowanie i podtrzymywanie zachowań kopulacyjnych - szczególnie u mężczyzn. Badania prowadzone z udziałem stymulujących wizualnych materiałów erotycznych pokazały, że wraz z subiektywnym wzrostem podniecenia, następowało zwiększenie wydzielania noradrenaliny. |

Również farmakoterapia zaburzeń depresyjnych często wiąże się z występowaniem zaburzeń funkcjonowania seksualnego. U pacjentów - zarówno kobiet jak i mężczyzn - przyjmujących leki przeciwdepresyjne, takie jak SSRI czy SNRI zauważono zwiększoną częstotliwość występowania dysfunkcji seksualnych dotyczących pożądania seksualnego, podniecenia czy orgazmu (Lew-Starowicz, 2018a). Leki przeciwdepresyjne, szczególnie stosowane w terapii pierwszego rzutu, wiążą się z dużym ryzykiem wystąpienia dysfunkcji seksualnych. Chociaż ich stosowanie wyrównuje u pacjentów nastrój i – co z tym związane

– zwiększa się zainteresowanie aktywnością seksualną, to jednak w subiektywnym odczuciu pacjentów życie seksualne ulega pogorszeniu (Lew-Starowicz, 2018a). Polekowe dysfunkcje seksualne stanowią częstą przyczynę przerwania leczenia zaburzeń depresyjnych.

Choć znaczna część leków psychiatrycznych w działaniach niepożądanych powoduje dysfunkcje seksualne, badania pokazują, że osłabione pożądanie częściej występuje u osób chorych na depresję, które nie podjęły leczenia, co wskazuje, że związek między depresją a dysfunkcjami seksualnymi objawiającymi się spadkiem pożądania istnieje niezależnie od wpływu leków (Lew-Starowicz, 2018a). Badania Nobre i Peixoto (2012) wskazały, że negatywne emocje i nastrój depresyjny są czynnikami predykcijnymi dla występujących dysfunkcji seksualnej w populacji ogólnej mężczyzn, a nastrój depresyjny jest zmienną pośredniczącą. Do objawów depresji, pozostających w typowym obrazie klinicznym należy obniżenie pożądania, anorgazmia oraz anhedonia seksualna, definiowana jako “brak odczuwania przyjemności z kontaktów seksualnych” (Lew-Starowicz, 2018a, s. 427). W następstwie osłabionego pożądania i osłabionych reakcji seksualnych wynikających z depresji u kobiet może pojawić się zaburzenie lubrykacji (lubrykacja u kobiet jest objawem podniecenia seksualnego) i ból podczas stosunków - wynikający przede wszystkim z braku dostatecznego nawilżenia (Lew-Starowicz, 2018).

3.4. Występowanie dysfunkcji seksualnych u kobiet

Dysproporcja pomiędzy kobietami a mężczyznami w diagnozowaniu zaburzeń dotyczy nie tylko depresji, ale obserwowana jest również w zakresie dysfunkcji seksualnych. Tutaj statystyki podają jednak odwrotną zależność - kobiety rzadziej niż mężczyźni zgłaszają problemy w seksualnym funkcjonowaniu lekarzom i rzadziej szukają pomocy dotyczącej poprawy funkcjonowania, gdy nie współwystępuje ona z innymi trudnościami (Lew-Starowicz, 2015). Powodowało to, że przez wiele lat obszar dysfunkcji seksualnych mężczyzn częściej był poddawany badaniom.

Aktualnie wzrasta ilość badań dotyczących zdrowia seksualnego kobiet oraz ich funkcjonowania w obszarze seksualności, co może wynikać z tego, że dysfunkcje seksualne dotyczą coraz większą grupę kobiet w różnym wieku, lub z tego, że kobiety (oraz lekarze) stają się bardziej świadomi problemu, z jakim mają do czynienia. Zwiększone zainteresowanie badawcze jest dobrym znakiem, gdyż przyczynia się do zmniejszenia

dysproporcji w badaniach, a tym samym wiedzy o seksualności kobiet i mężczyzn, a w rezultacie zwiększenia możliwości terapeutycznych i profilaktycznych w zakresie dysfunkcji seksualnych kobiet. Badania poświęcone zaburzeniom seksualnym u kobiet, przeprowadzone na grupie 31 581 kobiet w Stanach Zjednoczonych (PRESIDE, Shifren i in., 2008) wykazały, że trudności w funkcjonowaniu seksualnym dotyczą znacznej części populacji kobiet. Wyniki pokazały, że objawy któregośkolwiek problemu seksualnego miało 44,5% kobiet, a 22,8% deklaroowało cierpienie z tego powodu (Shifren i in., 2008). W Polsce odsetek zdrowych kobiet mających dysfunkcje seksualne wynosi 17%, a u kobiet chorych (na cukrzycę, nadciśnienie i inne choroby somatyczne) odsetek ten wynosi aż 42% (Nowosielski i in., 2013).

Wyniki badań nad rozpowszechnieniem dysfunkcji seksualnych u kobiet w Polsce są zbieżne z wynikami uzyskanymi w PRESIDE - najczęstszą dysfunkcją pojawiającą się u kobiet jest hipolibidemia, czyli obniżone pożądanie lub brak potrzeb seksualnych (Shifren i in., 2008; Lew-Starowicz, 2015; Holka-Pokorska, 2018). Wyniki te jednak mogą być niedoszacowane, gdyż diagnozowanie hipolibidemii u kobiet jest utrudnione z uwagi na występowanie uwarunkowanych kulturowo przekonań na temat niewielkich potrzeb seksualnych kobiet oraz niskiej ważności satysfakcji czy przyjemności płynącej z fizycznych doznań (Holka-Pokorska, 2018). Dodatkowym utrudnieniem jest fakt, że “dopiero w przypadku wtórnych problemów emocjonalnych pojawiających się w związku [...] osoby z obniżonym pożądaniem seksualnym lub ich partnerzy decydują się na poszukiwanie pomocy seksuologicznej” (Holka-Pokorska, 2018, s. 221). Kobiety, które zgłaszają problem z obniżeniem popędu, odczuwają podniecenie (na poziomie genitalnym), a podczas aktywności seksualnej odczuwają orgazm i satysfakcję seksualną, jednak obniżenie czy brak potrzeb seksualnych sprawia, że kontakt seksualny jest rzadziej inicjowany (Holka-Pokorska, 2018, Dębowska, 2019). Kluczową kwestią jest trudność w interpretacji zmysłowych bodźców doświadczanych w czasie aktywności seksualnej jako przyjemnych i pożądanych na poziomie poznawczym, a negatywna ich interpretacja może wtórnie obniżać libido i prowadzić do wycofania się z kontaktów seksualnych (Holka-Pokorska, 2018). Oprócz zmniejszenia prawdopodobieństwa inicjowania i podejmowania stosunków seksualnych, utrata pożądania objawia się spadkiem liczby pragnień i myśli w zakresie seksualności (Dębowska, 2019). Za główny czynnik odpowiedzialny za występowanie hipolibidemii uznawany jest stres, a także przemęczenie i konflikty w relacji (Kossat, 2019).

Obniżenie podniecenia na poziomie genitalnym (zaburzenia lubrykacji) oraz zaburzenia orgazmu to kolejne dysfunkcje, często dotykające kobiety. Zaburzenie lubrykacji objawia się nawilżeniem pochwy niewystarczającym do odbycia satysfakcjonującego stosunku seksualnego, mimo subiektywnego odczuwania wysokiego podniecenia seksualnego na poziomie psychicznym. Często związane jest z występowaniem chorób somatycznych, urazów związanych z unerwieniem miednicy, a także nierównowagi hormonalnej (Holka-Pokorska, 2018). U kobiet, zgłaszających trudności w uzyskaniu nawilżenia, często obserwowana jest niespójność między obiektywnymi wskaźnikami podniecenia, a interpretacją fizycznych przejawów podniecenia, stąd też w nowych klasyfikacjach diagnostycznych zaburzenia podniecenia oraz pożądania ujmowane są wspólnie, jako subiektywne i obiektywne komponenty jednego zjawiska (Holka-Pokorska, 2018).

Z kolei anorgazmia, czyli dysfunkcja dotycząca orgazmu, objawia się niemożnością lub opóźnieniem występowania orgazmu podczas stosunku seksualnego, mimo wysokiego poziomu podniecenia lub zmniejszoną intensywnością czy opóźnieniem bez względu na stymulację (ICD-10, 1992; Lew-Starowicz, 2018c; Lew-Starowicz, 2018). Orgazm jest fazą reakcji seksualnej silnie związaną z odczuwaniem odprężenia, dobrostanem psychicznym oraz intensywnym uczuciem przyjemności (Lew-Starowicz, 2018). Diagnozowanie zaburzeń orgazmu a także sama częstotliwość doświadczania orgazmu, uległy znaczącej zmianie na przestrzeni lat. W latach 70. XX wieku 80% kobiet deklarowało, że nie doświadczyło orgazmu, a najnowsze badania dotyczące doświadczania orgazmu wskazują, że 92% kobiet choć raz przeżyło orgazm w wyniku różnej stymulacji. W 2008 roku dane naukowe wskazywały, że zaburzenia orgazmu dotyczą jedynie 8% kobiet (Lew-Starowicz, Czajkowska, 2017; Lew-Starowicz, 2018; Heyes, 2008, za: Kossat, 2019). Problemy z odczuwaniem orgazmu pojawiają się u kobiet często współwystępując z zaburzeniami pożądania, podniecenia czy bólem podczas stosunków (Lew-Starowicz, 2018). W etiologii anorgazmii, oprócz biologicznych przyczyn związanych z funkcjonowaniem dna miednicy, urazów ginekologicznych i stosowanych leków, wymieniane są czynniki psychiczne, takie jak stres czy depresja, relacyjne (przede wszystkim osiaganie orgazmu utrudniają zaburzenia seksualne występujące u partnera seksualnego, brak prywatności i swobody), a także czynniki społeczno-kulturowe w tym konflikty wewnętrzne dotyczące przekonań i norm rodzinnych i religijnych, niewłaściwa edukacja seksualna czy nastawienie na osiągnięcie orgazmu (Lew-Starowicz, 2018; Kossat, 2019). To, co aktualnie jest kluczowe dla postawienia rozpoznania zaburzeń

orgazmu u kobiet, to zgłaszanie istotnego cierpienia - według badań zaburzenie to dotyka 10-42%, ale tylko część z nich odczuwa z tego powodu cierpienie i zgłasza się po pomoc do specjalisty; istotne dla tego stanu rzeczy może być to, że brak orgazmu nie wyklucza satysfakcji seksualnej, a także to, że doświadczanie orgazmu nie jest jedynym źródłem przyjemności wynikającej z aktywności seksualnej (Lew-Starowicz, 2018). Motywacja kobiet do podejmowania aktywności seksualnej często ma charakter pozaseksualny, co opisano we wcześniejszej części pracy (patrz rozdział 2.4.2).

Obok dysfunkcji seksualnych związanych z trudnościami występującymi w przebiegu reakcji seksualnych, wiele kobiet dotkniętych jest zaburzeniami związanymi z odczuwaniem bólu podczas aktywności seksualnej. Mimo odpowiedniego poziomu pożądania oraz satysfakcjonującej stymulacji, kobiety doświadczają bólu i cierpienia, utrudniających prawidłowe funkcjonowanie seksualne (Merk, Stusiński, 2022).

Zarówno dysfunkcje związane z przebiegiem reakcji seksualnych, jak i te dotyczące bólu w okolicach genitaliów i miednicy, wiążą się z obniżeniem jakości życia, utrudniają kobietom czerpanie pełnej satysfakcji ze swojej aktywności seksualnej i doświadczanie przyjemności z tej dziedziny życia. We wcześniejszej części pracy zostało podkreślone znaczenie satysfakcjonującej aktywności seksualnej i seksualnej przyjemności dla zdrowia, dobrostanu i relacji kobiet. Podejmowanie działań terapeutycznych, a także profilaktyka dysfunkcji seksualnych oparta na minimalizowaniu udziału czynników ryzyka wydają się z tego względu szczególnie istotne.

3.5. Terapia dysfunkcji seksualnych w kontekście seksualności kobiet i czynników ryzyka

W leczeniu dysfunkcji i usprawniania funkcjonowania seksualnego znaczenie mają klasyfikacje diagnostyczne, które nie tylko stanowią ramę do diagnozy, ale także ujednolicają terminologię, co ma na celu ulepszenie komunikacji między profesjonalistami, pacjentami i lekarzami, jak również zbieranie danych statystycznych i naukowych (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018). Choć klasyfikacje diagnostycznie nie wskazują metod terapii, to wpływają na rozumienie problemu i dostępność usług medycznych (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018).

Zróznicowanie ekspresji seksualnej u kobiet oraz wpływ czynników modyfikujących odpowiedź seksualną utrudnia postawienie diagnozy i późniejszej terapii.

Znajomość specyfiki reaktywności seksualnej kobiet, a także motywacji do podejmowania przez nie aktywności seksualnej ma znaczenie dla stosowanych metod terapii dysfunkcji seksualnych (Holka-Pokorska, 2018). Jak podaje Lew-Starowicz (2022) podstawą terapii dysfunkcji seksualnych jest trafna diagnoza. Jest to etap kluczowy, jednak często niepozbawiony błędów, które mogą determinować późniejsze zaangażowanie pacjenta w terapię. Jak wspomniano wcześniej, wiele kobiet nie zgłasza objawów dysfunkcji seksualnych tak długo, jak długo nie powodują one silnego dyskomfortu zarówno fizycznego, jak i psychicznego, szczególnie w parze, stąd często od wystąpienia pierwszych symptomów do podjęcia terapii mija dużo czasu (Bancroft, 2011). Najnowsze statystyki podają, że jedynie 18% osób, które doświadczają dysfunkcji seksualnych, jest zmotywowanych do podjęcia leczenia, a zaledwie 1/3 z nich decyduje się na metody skupiające się na podłożu psychogennym zaburzeń, a nie farmakologię lub korzystanie z metod niekonwencjonalnych (Lew-Starowicz, 2022).

Jak już podkreślano wcześniej, istnieje wiele czynników, które wpływają na rozwój oraz utrzymywanie się trudności w funkcjonowaniu seksualnym. Etiologia dysfunkcji seksualnych wskazuje przede wszystkim na czynniki biologiczne, w których oprócz ogólnego stanu zdrowia i chorób przewlekłych, podkreśla się istotność wad wrodzonych i urazów kręgosłupa, czynniki psychologiczne, interpersonalne oraz czynniki środowiskowe (socjo-kulturowe), do których należą uwarunkowania religijno-wychowawcze, przekonania i mity na temat seksualności, poziom wiedzy na temat seksualności czy ignorancja (Oettingen, 2013). Właśnie z uwagi na czynniki pozabiologiczne, w leczeniu dysfunkcji seksualnych, oprócz metod biologicznych i fizykalnych, stosuje się psychoterapię, która jest często najbardziej odpowiednią i skuteczną metodą przywracania prawidłowego funkcjonowania seksualnego (Leiblum, Rosen, 2005; Lew-Starowicz, 2015; Lew-Starowicz, 2022). Najskuteczniejsze w leczeniu dysfunkcji seksualnych u kobiet są techniki poznawczo-behawioralne oraz treningi uważności, relaksację i treningi masturbacyjne (Rawińska, 2020). Ze względu na częste psychogenne i relacyjne podłoże występowania zaburzeń, terapia oparta jest głównie na technikach poznawczych, w których kluczową rolę stanowi praca nad zmianą dysfunkcyjnych przekonań dotyczących seksualności, zwiększenie świadomości na temat udziału czynników społecznych i kulturowych w podejmowaniu zachowań seksualnych oraz zwiększanie uważności i samoświadomości własnych potrzeb seksualnych (Leiblum, Rosen, 2005; Cysarz, 2012; Rawińska, 2020; Lew-Starowicz, 2022).

4. Przekonania dotyczące funkcjonowania seksualnego

4.1. Przekonania - perspektywa poznawcza

Przełomowym odkryciem dla poznania prawidłowości w funkcjonowaniu seksualnym było stwierdzenie, że dysfunkcje seksualne mogą mieć swoje źródło w specyficznych przekonaniach jednostki na temat funkcjonowania seksualnego (Rawińska, 2020). Przekonania stanowią grupę sądów, opinii ludzi na temat samych siebie, innych i świata (Hofmann i in., 2012). Perspektywa poznawcza dotycząca powstawania zaburzeń psychicznych zakłada, że ich źródłem są właśnie nieadaptacyjne wzory poznawcze, prowadzące do trudności emocjonalnych i problematycznych zachowań (Hofmann i in., 2012). Modele poznawcze zaburzeń konstruowane są na podstawowym modelu poznawczym opracowanym przez Becka (Oettingen, 2013). Modele, także te dotyczące funkcjonowania seksualnego i pojawiających się w tym zakresie dysfunkcji, opierają się na założeniu, że sposób myślenia i poznawcze schematy człowieka wpływają na nastrój i zachowanie oraz że sama sytuacja nie jest przyczyną trudności, ale subiektywna interpretacja tej sytuacji. Czynniki mogące modyfikować interpretacje sytuacji są silnie zindywidualizowane i dotyczą właściwości biologicznych, społecznych, psychologicznych i kulturowych (Oettingen, 2013). Nieadaptacyjne przekonania i automatyczne myśli stanowią objaw, czynnik wzmacniający lub sprzyjający rozwojowi między innymi depresji oraz dysfunkcji seksualnych (Lew-Starowicz, 2010b).

4.2. Znaczenie przekonań dla zdrowia i zachowań człowieka

Poznawczy model powstawania zaburzeń zakłada, że zarówno emocje, jak i zachowania człowieka są determinowane przez sposób myślenia i postrzegania siebie, innych i świata. To właśnie Beck i Ellis, twórcy terapii poznawczo-behawioralnej, będącej zbiorem interwencji opartych na pracy z przekonaniem, zakładali, że nieadaptacyjne schematy poznawcze, reprezentowane przez zgeneralizowane przekonania dotyczące świata, siebie i przyszłości, generują w określonych sytuacjach automatyczne myśli, które następnie kierują zachowaniami (Beck, 1970, Ellis, 1962, za: Hofmann i in., 2012). Terapeutyczna rola technik poznawczych opiera się na założeniu, że uzdrowienie nieadaptacyjnych i dysfunkcyjnych myśli i przekonań może prowadzić do poprawy funkcjonowania człowieka przyczyniając się do wzrostu poziomu jego zdrowia.

Metaanaliza dotycząca zastosowania technik opartych na terapii poznawczo-behawioralnych w leczeniu zaburzeń psychicznych, problematycznych zachowań i innych stanów powodujących trudności w codziennym funkcjonowaniu, przeprowadzona przez Hofmanna i współpracowników w 2012 roku, wykazała, że techniki poznawczo-behawioralne przynoszą satysfakcjonujące efekty w terapii zarówno dzieci, jak i dorosłych i osób starszych. Zastosowanie terapii jest bardzo szerokie - począwszy od trudności emocjonalnych, doświadczania silnego stresu, zaburzeń lękowych i afektywnych, po chroniczne stany somatyczne, zaburzenia bólowe, zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości czy zachowania przestępcze i przemocowe (Hofmann i in., 2012). Oznacza to, że przekonania poznawcze stanowią istotną rolę w powstawaniu i utrzymywaniu tych zaburzeń i zachowań.

Teoria Aarona Becka, wskazuje, że czynnikami odpowiedzialnymi nie tylko za powstawanie zaburzeń depresyjnych, ale również nasilanie i utrzymywanie objawów, są nieadaptacyjne wzorce poznawcze objawiające się negatywnymi przekonaniami i oczekiwaniami oraz pesymistyczną interpretacją rzeczywistości (Alford, Beck, 2005, za: Jakima, 2020). Według Becka, u podłoża zaburzeń depresyjnych leżą dwa mechanizmy - triada poznawcza (zwana również triadą depresyjną) oraz zniekształcenia i błędy w myśleniu (Gałęcki, Talarowska, 2018). Triada depresyjna dotyczy sposobu myślenia opartego na trzech kluczowych przekonaniach dotyczących negatywnej oceny samego siebie, negatywnej oceny własnej, aktualnej sytuacji i negatywnych oczekiwań lub wizji dotyczących przyszłości (Gałęcki, Talarowska, 2018). Błędy poznawcze dotyczą natomiast wadliwego sposobu rozumowania i przetwarzania informacji, który wzmacnia negatywne przekonania z depresyjnej triady - są to np. myślenie „czarno-białe”, koncentrowanie się na negatywnych aspektach sytuacji ignorując jej pozytywne strony, czy też nadmierna generalizacja (Gałęcki, Talarowska, 2018). Prace Becka wskazują także na kluczową rolę negatywnych schematów Ja w powstawaniu i rozwoju zaburzeń depresyjnych (Alford, Beck, 2005 za: Jakima, 2020). Opisane mechanizmy przyczyniają się do błędnej, negatywnej oceny siebie i świata oraz trudności związanych z motywacją do podejmowania aktywności, prowadząc często do zachowań unikowych i wycofywania się z życia społecznego (Gałęcki, Talarowska, 2018).

Obok poznawczej teorii Becka, tłumaczącej mechanizmy poznawcze w zaburzeniach depresyjnych, na uwagę zasługuje także teoria nieprzystosowawczych schematów Jeffreyego E. Younga, mówiąca o ukształtowanych na wczesnych etapach rozwojowych trwałych wzorców funkcjonowania i przekonaniach dotyczących siebie i świata

(Gałęcki, Talarowska, 2018). Schematy funkcjonowania wynikają przede wszystkim z braku zaspokajania podstawowych potrzeb rozwojowych - między innymi potrzeby bezpiecznego przywiązania czy autonomii i kompetencji. Wczesnodziecięce doświadczenia są istotne dla tworzenia się przekonań dotyczących siebie, własnych kompetencji i skuteczności, a te zaś mają znaczenie dla rozwoju zaburzeń depresyjnych i anhedonii.

Przekonania modyfikują zachowania zdrowotne i myślenie o zdrowiu i chorobie (Bajcar, Abramciów, 2011; Dworak, 2018; Ogińska-Bulik, 2018). Przekonania pełnią istotną rolę również dla zdrowia seksualnego - jak już wspomniano powyżej, udane życie seksualne stanowi jeden z kluczowych wskaźników zdrowia oraz jakości życia, a trudności w sferze seksualnej prowadzą do pogorszenia tych dwóch obszarów życia (Oettingen, 2013; Jakima, 2020). Czynniki istotne dla funkcjonowania seksualnego kobiet zostały opisane we wcześniejszych rozdziałach pracy, jednak warto zaznaczyć, że nie tylko przekonania dotyczące własnego wyglądu, ogólna samoocena, poczucie umiejętności do tworzenia zadowolających relacji romantycznych i seksualnych mogą pogarszać funkcjonowanie seksualne, lecz występowanie trudności seksualnych może negatywnie wpływać na te obszary. Oznacza to, że przekonania - zarówno pozytywne, jak i negatywne - dotyczące siebie i seksualności mogą wiązać się z funkcjonowaniem seksualnym zarówno jako źródło trudności, jak i ich wynik.

4.3. Przekonania istotne dla seksualności

Jak zostało wskazane wcześniej, Whipple i Brush-McGreer (1997, za: Holka-Pokorska, 2018, por. rozdz. 2.4.1) dokonały przełomu w myśleniu o seksualności poprzez podkreślenie znaczenia interpretacji doświadczeń seksualnych dla dalszej motywacji i reaktywności na bodźce o charakterze seksualnym. Faza refleksji, opisana przez badaczki jako czas następujący po aktywności seksualnej, działa na zasadzie sprzężenia zwrotnego - refleksja, przede wszystkim u kobiet, jest decydująca dla przyszłych sytuacji intymnych. Interpretacje, prowadzące do wykształcenia się postaw wobec seksualności i wiążące się z poziomem funkcjonowania seksualnego i zadowolenia z relacji seksualnych, mogą być tworzone na podstawie nie własnych doświadczeń, ale sytuacji obserwowanych w otoczeniu czy w kulturze masowej. Informacje i obrazy przedstawiane w internecie, serialach i filmach stanowią punkt odniesienia i uznawane są za prawidłowe, prowadząc do nierealistycznych wymagań i oczekiwań wobec siebie, partnera i aktywności seksualnej

(Kossat, 2019; Rawińska, 2020). Zniekształcone przekonania dotyczyć mogą kryteriów atrakcyjności, potrzeb seksualnych i preferencji osoby partnerskiej lub wymogów udanego stosunku seksualnego (Rawińska, 2020). Wiele zniekształceń ma swoje źródła w nieobecnej lub nieprawidłowej edukacji seksualnej, przekazywanej wiedzy o rolach płciowych, stereotypach (Grabowska, 2007; Oettingen, 2013). Celem wychowania seksualnego jest kształtowanie osoby zdrowej seksualnie - jednym z kryteriów wskazywanych przez Jaczewskiego i Obuchowską (1992, za: Grabowska, 2007) jest wyrażanie swojej seksualności bez lęku i akceptacja własnej płci i ról z nią związanych. Natomiast cele wskazane przez Instytut Seksuologii PTS obejmują formowanie świadomości płciowej i umiejętności zarządzania potrzebami i zachowaniami seksualnymi, kształtowanie wartości seksualnych, promocję zdrowia seksualnego, a w tym tworzenie pozytywnych postaw wobec ludzkiej seksualności (Lew-Starowicz, Szczerba, 1995, za: Grabowska, 2007). Jak wskazuje Beisert (1991), można wyodrębnić style wychowania seksualnego w rodzinie, które różnicuje podejście do sposobu i zakresu treści przekazywanej wiedzy dotyczącej seksualności. Poprzez wychowanie seksualne może być kształtowana postawa otwartości na świat, wyrażania uczuć, poszukiwania siebie i pogłębianie swojej seksualności poprzez ekspresję seksualną (Grabowska, 2007). Wychowanie seksualne może być również źródłem urazów, trwałych nieadaptacyjnych przekonań wobec seksualności, budowania tabu (Beisert, 1991). W kluczowym dla rozwoju świadomej seksualności okresie dojrzewania, do młodych kobiet kierowane są często komunikaty dotyczące stereotypowej kobiecości, nieuwzględniające ich indywidualnych predyspozycji i potrzeb (Beisert, 1991; Grabowska, 2007). Wśród rodzinnych przekazów dotyczących płci jako źródła dumy, radości i pozytywnych emocji, może zdarzyć się, że stosowane podwyższanie oceny jednej płci (a też samooceny jednostki), będzie ściśle związane z redukowaniem wartości płci odmiennej (Grabowska, 2007). To działanie pogłębia perspektywę męskości i kobiecości jako przeciwieństw, a co za tym idzie przekonania o nierówności płci i innych szkodliwych mitów i stereotypów. Mity na temat seksualności - czyli dysfunkcjonalne przekonania na ten temat - są bardzo zróżnicowane i dotyczą aktywności seksualnej, ale również innych obszarów związanych ze sferą seksualną. Dla mężczyzn dysfunkcjonalne przekonania mają najczęściej związek z ich sprawnością seksualną, a dla kobiet wiążą się one przede wszystkim z poczuciem swojej atrakcyjności dla drugiej osoby (Rawińska, 2020). Bancroft (2011) podkreśla, że takie czynniki jak negatywne przekonania, wartości i postawy wobec seksu czy negatywne doświadczenia związane z własną seksualnością, mogą zwiększać podatność na

wystąpienie problemów seksualnych. Negatywne przekonania, mity na temat seksualności, a także myśli automatyczne pojawiają się w większym nasileniu u osób zgłaszających objawy dysfunkcji seksualnych niż u reszty populacji (Hawton, 1985, za: Rawińska, 2020; Nobre, Pinto-Gouveia, 2008b; Nobre, Pinto-Gouveia, 2006a). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni z dysfunkcjami seksualnymi wykazywali więcej dysfunkcyjnych przekonań seksualnych niż mężczyźni i kobiety z prawidłowym funkcjonowaniem seksualnym - różnica ta była statystycznie istotna w grupie kobiet (Nobre, Pinto-Gouveia, 2006b; Nobre, Pinto-Gouveia, 2008b).

4.4. Znaczenie przekonań na temat seksualności i roli seksualnej kobiet dla ich seksualnego funkcjonowania

Poznawcze modele powstawania zaburzeń psychicznych często podkreślają znaczenie myśli o świecie, o sobie i przyszłości dla odczuwanych emocji i zachowań człowieka. Jednym z najbardziej znanych modeli opartych na tym założeniu jest triada poznawcza dotycząca przekonań mogących występować u osób z objawami depresji, stworzony przez Aarona Becka (Śliwerski, 2016). Sposób myślenia i przekonania - dotyczące seksualności i aktywności seksualnej - mają również znaczenie w rozwoju dysfunkcji seksualnych i znacząco wpływają na jakość aktywności seksualnej człowieka (Oettingen, 2013). Co więcej, jak w każdej sytuacji, również w sytuacjach o charakterze romantycznym i erotycznym uruchamiają się myśli automatyczne, pojawiające się przed lub bez refleksji nad sytuacją (Rawińska, 2020). Treść myśli automatycznych i przekonań tworzy się na przestrzeni życia, już w wyniku wczesnodziecięcych doświadczeń i uaktywnia się w wielu sytuacjach, modyfikując reakcje emocjonalne czy reakcje na stres (Berek, 2019; Rawińska, 2020). Dla funkcjonowania seksualnego i myśli towarzyszących aktywności seksualnej, szczególne znaczenia mają doświadczenia urazowe, takie jak fizyczna lub emocjonalna nieobecność jednego z rodziców, zaburzenia rozwoju psychoseksualnego wynikające z nadużyć seksualnych, karanie lub wzbudzanie lęku i poczucia winy przy prawidłowych zachowaniach rozwojowych (np. masturbacja dziecięca, ciekawość genitaliów) czy ośmieszanie relacji bądź doświadczanie niepowodzeń seksualnych w późniejszym życiu (Rawińska, 2020). Jak podaje Rawińska (2020) kolejnym czynnikiem kluczowym dla etiologii i patogenezy trudności w funkcjonowaniu seksualnym jest lęk, który nie tylko stanowi czynnik przyczyniający się do powstania dysfunkcji, ale także może być jej następstwem lub objawem towarzyszącym.

Jak wspomniano powyżej, u kobiet dysfunkcje seksualne wiążą się istotnie z dysfunkcjonalnymi przekonaniami (Nobre, Pinto-Gouveia, 2006b). Znaczący to, że przekonania dotyczące seksualności mogą być istotnymi czynnikami ryzyka występowania dysfunkcji seksualnych szczególnie u kobiet. Nobre i Pinto-Gouveia (2008b) przeprowadzili badania dotyczące negatywnych myśli automatycznych pojawiających się w czasie aktywności seksualnej. Z badań wynika, że u kobiet i mężczyzn, którzy mają objawy dysfunkcji seksualnej, częściej w czasie stosunków pojawiają się negatywne myśli automatyczne, niż u osób bez dysfunkcji (Nobre, Pinto-Gouveia, 2008b, 2008c). Dystraktory poznawcze, w tym negatywne przekonania i myśli pojawiające się podczas aktywności seksualnej, które utrudniają skupienie się na bodźcach o charakterze seksualnym i erotycznym wiążą się z dysfunkcjami seksualnymi (Nobre, Pinto-Gouveia, 2008c; Oettingen, 2013). Jak podaje D'Acunto i współpracownicy (2020), role związane z płcią wpływają na preferencje, przekonania i osiągnięcia kobiet w zakresie m.in. wyboru ścieżki edukacyjnej i zawodowej oraz na decyzje inwestycyjne. Różnice te dotyczą przede wszystkim społecznych aspektów życia, w tym zachowań w relacjach romantycznych i intymnych (Mandal, 2000; Grabowska, 2007; Buss, 1995, Yılmaz i in., 2009, za: Ercan, Uçar, 2021). Wyniki badań nad stereotypowymi rolami płciowymi przeprowadzonych przez Eagly i współpracowników (2020) pokazały, że na przestrzeni lat zmiany w tradycyjnych rolach płciowych widoczne są w obszarze biznesu, jednak nie w podziale obowiązków domowych czy rodzicielskich. Rodzinność, opieka nad dziećmi i domem to nadal cechy i zachowania pożądane - i społecznie oczekiwane - u kobiet (Zheng, 2016, za: Ercan, Uçar, 2021; Eagly i in., 2020). Macierzyństwo stanowi szczególnie istotny element roli społecznej wielu kobiet i silnie oddziałuje na wiele obszarów ich codziennego funkcjonowania, w tym obszar relacji romantycznej i seksualnej (Nobre i in., 2003; Makara-Studzińska i in., 2012; Ziółkowska, Wróbel, 2020; Ercan, Uçar, 2021, Gniatkowska-Rutkowska, Satkiewicz, 2022)

Pedro Nobre, Francisco Gomes i Jose Pinto-Gouveia w 2003 roku stworzyli kwestionariusz służący do pomiaru przekonań mających znaczenie dla seksualności kobiet i mężczyzn (Nobre i in., 2003). Narzędzie to jest zbiorem mitów, stereotypów i innych przekonań na temat seksualności, które w literaturze klinicznej określane są jako czynniki sprzyjające rozwojowi i utrzymywaniu się trudności w funkcjonowaniu seksualnym (Szymańska, Lew-Starowicz, 2022). Z badań przeprowadzonych z wykorzystaniem narzędzia przez Nobre i współpracowników wynika, że w grupie kobiet, przekonania, które

istotnie wiązały się z funkcjonowaniem seksualnym i doświadczaniem trudności w tym obszarze dotyczą oceny własnego ciała i wieku, aktywności seksualnej i opinii na temat przyjemności seksualnej i pożądania, a także uczuciowości i stosunku do macierzyństwa (Nobre, i in. 2003). Obszary te pokrywają się z przekonaniami dotyczącymi seksualności, które są istotne dla funkcjonowania seksualnego kobiet wskazywanymi przez innych badaczy.

5. Powiązania pomiędzy czynnikami indywidualnymi, relacyjnymi, społeczno-kulturowymi a trudnościami w funkcjonowaniu seksualnym związanymi z doświadczaniem przyjemności u kobiet

5.1. Model funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej sprawności seksualnej Barlowa

W 1986 roku, David H. Barlow opracował model funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej sprawności seksualnej (Barlow, 1986). Model ten dotyczył zaburzeń erekcyjnych u mężczyzn, jednak koncepcja leżąca u podstaw modelu wskazuje wiele wątków istotnych dla funkcjonowania seksualnego w ogóle. Zgodnie z tym modelem, osoby przejawiające objawy dysfunkcji seksualnych w czasie aktywności seksualnej prezentują inny zestaw reakcji niż osoby bez dysfunkcji – osoby bez objawów trudności w sferze funkcjonowania seksualnego koncentrują się na sygnałach i bodźcach erotycznych, podczas gdy osoby z dysfunkcjami skupiają się na sygnałach i bodźcach pozaseksualnych, takich jak wskaźniki braku wydolności seksualnej, czy myślach niezwiązanych z aktywnością seksualną (Barlow, 1986; Oettingen, 2013). Barlow (1986) wywnioskował, że pomiędzy osobami prawidłowo funkcjonującymi a tymi z dysfunkcjami seksualnymi zauważalne są różnice w zakresie:

- a) afektu (w kontekście seksualnym, negatywny afekt pojawia się u osób z dysfunkcjami, a u osób bez dysfunkcji przeważa afekt pozytywny),
- b) podniecenia (osoby z dysfunkcjami oceniają niżej poziom podniecenia seksualnego i wykazują zmniejszoną percepcję kontroli nad swoim podnieceniem),
- c) rozpraszającego działania bodźców (dysfunkcyjni mężczyźni są rozpraszani przez bodźce seksualne związane z wydajnością, chociaż bodźce nie związane z wydajnością ich nie rozpraszają, podczas gdy podniecenie seksualne mężczyzn funkcjonalnych seksualnie jest zwiększone podczas działania bodźców związanych z wydajnością, a obniżone, gdy działają inne dystraktory),
- d) lęku (hamuje on podniecenie seksualne u osób dysfunkcyjnych, ale ułatwia je u osób prawidłowo funkcjonujących seksualnie).

Według modelu Barlowa funkcjonalna i dysfunkcjonalna sprawność seksualna działa na zasadzie pętli sprzężenia zwrotnego, prowadząc w rezultacie do unikania sytuacji testujących sprawność seksualną (gdy sygnały o sprawności są negatywne) lub podejmowania aktywności, gdy doświadczą się pozytywnych wzmocnień (Barlow, 1986).

Angażowanie się w kontekst i bodźce nieistotne dla sytuacji seksualnej powoduje hamowanie podniecenia seksualnego oraz inne objawy dysfunkcji seksualnych u kobiet i mężczyzn. U osób z dysfunkcjami, zachodzące procesy poznawcze zostają wzmocnione przez fizjologiczne aspekty pobudzenia powodując dalsze pogarszanie się sprawności seksualnej (Barlow, 1986).

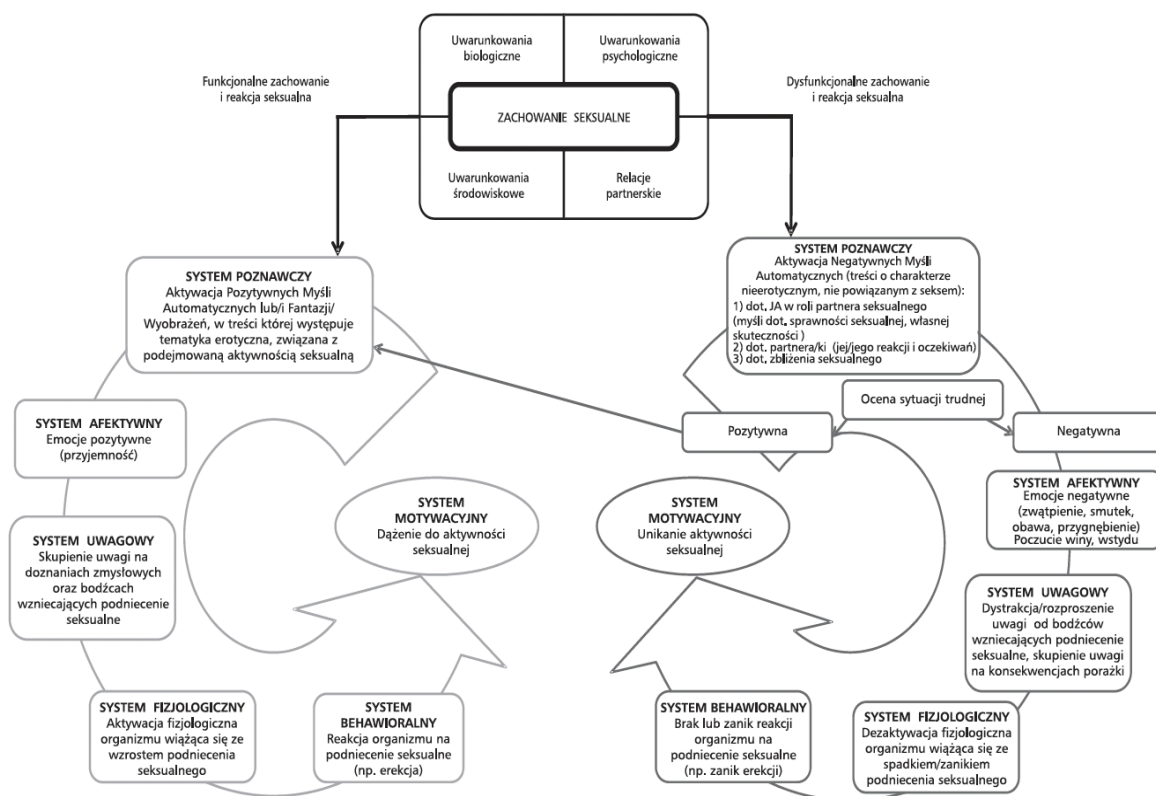
Od czasu opracowania modelu przez Barlowa, model ten został uaktualniony. Jak podaje Oettingen (2013) model został wzbogacony o informacje dotyczące m.in. schematów poznawczych, pozytywnego i negatywnego afektu, a także uwzględnia biopsychospołeczną perspektywę, skupiając się na czynnikach, które zwiększają podatność na dysfunkcje seksualną, czyli czynniki relacyjne, poznawczo-emocjonalne oraz fizjologiczne. Co istotne, model uwzględnia czynnik koncentracji uwagi na sobie, który wiąże się z wewnętrznym samooceniem, który wzmacnia odczuwanie negatywnego afektu, obniża zdolność radzenia sobie i przyczynia się do nadmiernej czujności i poznawczych uprzedzeń (Oettingen, 2013). Badania testujące uaktualniony model prowadzone przez Nobre i Pinto-Gouveia potwierdziły zasadność stworzonego przez Barlowa w 1986 roku modelu dotyczącego dysfunkcyjnej i funkcjonalnej sprawności seksualnej, w którym treści poznawcze uznane zostały za czynnik predysponujący jednostkę do zaburzeń seksualnych (Oettingen, 2013).

5.2. Model poznawczy dysfunkcji seksualnych Oettingen

Na podstawie modelu Barlowa oraz modelu trybów Becka został utworzony poznawczy model dysfunkcji seksualnych podkreślający znaczenie czynników biologicznych, psychologicznych, środowiskowych oraz relacyjnych. Autorka modelu, Justyna Oettingen, podkreśla, że to właśnie indywidualne uwarunkowania są kluczowe dla seksualności człowieka i determinują przebieg reakcji i zachowań seksualnych człowieka (Oettingen, 2013). W zależności od specyficznego dla każdego człowieka zestawu czynników biopsychospołecznych przebieg zachowań i reakcji seksualnych może być funkcjonalny lub dysfunkcyjny - nasilenie negatywnych czynników predysponujących może zwiększać ryzyko powstawania dysfunkcyjnej odpowiedzi seksualnej. Model opracowany przez tę autorkę wskazuje na wzajemną zależność pomiędzy systemem poznawczym, emocjonalnym, uwagowym, fizjologicznym, motywacyjnym i behawioralnym oraz opisuje jak spostrzeganie poznawcze oraz automatyczne myśli wpływają na zachowanie i reakcje człowieka w tych systemach (Oettingen, 2013). Myśli

automatyczne oraz spostrzeżenia pojawiające się podczas aktywności seksualnej lub w kontekście seksualnym bardzo często mają charakter dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności (Nobre, Pinto-Goveia, 2006b, 2008).

Rysunek przedstawia opracowany przez J. Oettingen poznawczy model dysfunkcji seksualnej (2013).



Rysunek 2 *Poznawczy model dysfunkcji seksualnej (źródło: Oettingen, 2013).*

Jak widać na schemacie, kluczowe dla prawidłowości danego zachowania i reakcji seksualnej, są uruchamiane myśli oraz przekonania, które wpływają na subiektywną ocenę danej sytuacji przez jednostkę. Gdy bodziec oceniony zostanie jako pozytywny lub neutralny, na poziomie emocjonalnym pojawia się pozytywna reakcja - przyjemność, prowadząc następnie do zwiększonej koncentracji na bodźcach zmysłowych, które wzbudzają podniecenie seksualne, generują relacje genitalną, sprzyjając udanemu przebiegowi współżycia i prowadzą do wzmocnienia pozytywnego całej sytuacji seksualnej. Subiektywna ocena bodźca jako zagrażającego lub nieprzyjemnego generuje dysfunkcyjne reakcje na sytuację (Oettingen, 2013). Punktem odniesienia dla oceny

bodźca jest system wartości i aspiracji, indywidualne standardy dotyczące sprawności seksualnej oraz indywidualny system przekonań dotyczący siebie, innych oraz swojej seksualności (atrakcyjności, adekwatności w pełnieniu ról, sprawności itp.), jednak należy dodać, że ocena ta zależna jest też od jednostkowych i sytuacyjnych uwarunkowań radzenia sobie ze stresem (Oettingen, 2013). Na poziomie oceny sytuacji intymnej, trudność może zostać oceniona w kategoriach wyzwania jako sytuacja możliwa do poradzenia sobie i uruchomić funkcjonalny cykl reakcji i zachowań. Negatywna ocena sytuacji stresowej na poziomie emocjonalnym generuje występowanie negatywnych emocji i odczuć, takich jak smutek, zwątpienie, przygnębienie czy poczucie winy i wstydu. W następstwie negatywnych stanów emocjonalnych, uwaga zostaje rozproszona, niedostrzegane są bodźce o charakterze pobudzającym podniecenie seksualne, a koncentracja następuje na nieerotycznych sygnałach dotyczącej seksualności lub nie związanych z nią, a w konsekwencji pojawiają się myśli o niepowodzeniu, niskiej sprawności seksualnej (Oettingen, 2013). Konsekwencją jest spadek lub zanik podniecenia seksualnego i reakcji genitalnych, a w perspektywie unikanie sytuacji seksualnych (Oettingen, 2013).

5.3. Powiązania pomiędzy czynnikami indywidualnymi, relacyjnymi, społeczno-kulturowymi a trudnościami w funkcjonowaniu seksualnym związanymi z doświadczaniem przyjemności u kobiet – podsumowanie rozważań teoretycznych

Jak wynika z koncepcji i badań, przedstawionych w poprzednich rozdziałach, seksualność kobiet i ich reaktywność seksualna powiązana jest z działaniem wielu czynników, oddziałujących na jednostkę od najmłodszych lat i podlegających zmianom na przestrzeni życia. Silne uzależnienie funkcjonowania seksualnego kobiet od cyklu menstruacyjnego i etapów życia wiążących się ze zmianami gospodarki hormonalnej sprawiają, że seksualność kobiet i próba wyjaśnienia trudności pojawiających się w tym obszarze jest problemem wielowymiarowym i złożonym. Ujmując seksualność kobiet, a przede wszystkim reaktywność seksualną w modelu bio-psycho-społecznym, zyskujemy całe spektrum czynników, które modyfikują ich ekspresję seksualną, mogą wpływać na rozwój i utrzymanie zachowań seksualnych (Oettingen, 2013). Niekwestionowana pozostaje rola czynników biologicznych silnie ugruntowana w regulacji hormonalnej, stanie zdrowia psychicznego i somatycznego. Czynniki psychologiczne i społeczno-kulturowe oddziałujące na każdego człowieka zawsze budzą zwiększone zainteresowanie

badawcze z uwagi na zindywidualizowany charakter doświadczeń życiowych, cech temperamentalnych i osobowościowych, oddziaływań rodzinnych i środowiskowych przekładające się na niepowtarzalną strukturę czynników biorących udział w rozwoju seksualności i późniejszej jego ekspresji. W tym kontekście na szczególną uwagę zasługuje obszar poznawczy seksualności. Przekazy generacyjne zawarte w tradycyjnych porzekadłach i stereotypach, paradoksalnie mały dostęp do rzetelnej edukacji seksualnej przy jednocześnie nieograniczonym dostępie do przekazów medialnych będących źródłem - często niekorzystnych - porównań społecznych stanowią spore wyzwanie dla poszukiwania i satysfakcjonującego realizowania swojej seksualności. Podkreślenia wymaga fakt, że negatywne przekonania, wartości i postawy wobec seksu czy negatywne doświadczenia związane z własną seksualnością, mogą zwiększać podatność na wystąpienie problemów seksualnych (Bancroft, 2011).

Realizacja potrzeby seksualnej przebiega najczęściej z udziałem drugiej osoby, stąd tak istotne jest oddziaływanie czynników relacyjnych na seksualne funkcjonowanie. Ważność czynników relacyjnych dla funkcjonowania seksualnego podkreśla także fakt dużego znaczenia charakteru relacji partnerskiej w wywiadzie seksuologicznym przeprowadzonym na potrzeby diagnozy dysfunkcji seksualnych (Jakima, Dębowska, 2019). Nastroje w relacji, komunikacja między partnerami, konflikty interpersonalne, wzajemne oczekiwania, doświadczanie przemocy ze strony partnera lub partnerki stanowią wartościowe źródło danych na temat możliwych przyczyn trudności w funkcjonowaniu seksualnym (Jakima, Dębowska, 2019). Co więcej, uważa się, że trudności w funkcjonowaniu seksualnym jednego z partnerów są rozpatrywane jako „problem pary” (Pogorzelska, 2020). Z punktu widzenia tego, że dysfunkcja (np. awersja seksualna czy obniżony popęd) może mieć swoje źródło w relacjach partnerskich, a doświadczanie dysfunkcji seksualnych nierzadko oddziałuje na funkcjonowanie w relacji romantycznej, jest to uzasadnione.

Osoby doświadczające objawów dysfunkcji seksualnych częściej doświadczają smutku, rozczarowania związanego z sytuacjami seksualnymi niż przyjemności i poczucia satysfakcji seksualnej (Rawińska, 2020). Uruchomienie negatywnego schematu dotyczącego kompetencji, roli seksualnej, atrakcyjności czy relacji z osobą partnerską i w konsekwencji (lub współtowarzysząc), powodując obniżenie nastroju, może generować lub nasilać trudności w przebiegu reakcji seksualnych. Czerpanie przyjemności z aktywności seksualnej, bardzo istotne dla zdrowia zarówno psychicznego, jak i somatycznego i jakości życia, zostaje utrudnione poprzez działanie tych czynników.

Trudności seksualne bardzo często mają swoje podłoże w czynnikach emocjonalno - poznawczych, a jak wspomniano wcześniej, negatywne przekonania o sobie i świecie, a także myśli automatyczne pojawiające się w sytuacjach seksualnych stanowią jeden z czynników sprzyjających powstawaniu i utrzymywaniu się dysfunkcji seksualnych. Najbardziej klasyczna koncepcja teoretyczna - oparta na obserwacjach pionierów w badaniach nad seksualnością, takich jak Virginia Johnson, William Masters, Joseph Wolpe czy Helen Kaplan - wskazuje na to, że czynnikiem kluczowym dla funkcjonowania seksualnego jest lęk i niepokój wynikający z poczucia braku kompetencji seksualnych i strachu przed porażką (Oettingen, 2013). Późniejsze badania pozwoliły ustalić, że lęk - zarówno dla kobiet i mężczyzn - nie działa hamująco na pobudzenie seksualne, a to depresyjny nastrój stanowi czynnik utrudniający uzyskanie podniecenia seksualnego (Oettingen, 2013). Późniejsze badania nad znaczeniem afektu dla funkcjonowania seksualnego pokazały między innymi, że podczas ekspozycji na treści erotyczne osoby przejawiające trudności w funkcjonowaniu seksualnym wykazują mniej pozytywnego afektu, a seksualna dysfunkcja związana jest bardziej z depresyjnym afektem (przejawiającym się smutkiem, rozczarowaniem i brakiem przyjemności) niż lękiem (Oettingen, 2013).

Kompleksowe badania Nobre i Pinto-Gouveia dotyczące funkcjonowania seksualnego i emocji w odpowiedzi na myśli automatyczne pokazały, że osoby z dysfunkcjami seksualnymi przejawiały mniej pozytywnych reakcji emocjonalnych na myśli automatyczne podczas aktywności seksualnej, a w porównaniu z osobami bez dysfunkcji seksualnych, kobiety z dysfunkcją dodatkowo przeżywają mniej przyjemności i satysfakcji, a więcej smutku, winy, rozczarowania i złości, natomiast mężczyźni z dysfunkcją - więcej lęku, smutku, rozczarowania i mniej przyjemności i satysfakcji (Nobre, Pinto-Gouveia, 2006, 2008a, 2008b, 2008c i 2009). Według ich badań, osoby z objawami dysfunkcji seksualnych mają większą tendencję do wyjaśniania nieprzewidywalnych wydarzeń w kategoriach własnej porażki lub niekompetencji, w porównaniu z osobami, u których nie stwierdzono występowania objawów dysfunkcji seksualnych. Jak podaje Rawińska (2020), mechanizm powstawania dysfunkcji seksualnych w następstwie negatywnych schematów polega na aktywacji schematu w wyniku zagrażającej w interpretacji jednostki sytuacji, a która jest związana z treścią dysfunkcyjnych przekonań. W następstwie aktywizacji negatywnego schematu, podczas aktywności seksualnej, pojawiają się negatywne myśli automatyczne, które podtrzymują występujące trudności seksualne. Negatywne myśli automatyczne uznawane są za

dystraktory poznawcze, które utrudniają jednostce koncentrację na przyjemnych bodźcach seksualnych i wiążą się z występowaniem i rozwojem dysfunkcji seksualnych (Oettingen, 2013). U kobiet negatywne myśli automatyczne związane są z niskim poczuciem własnej atrakcyjności, wstydu dotyczącego cielesności, poczucia braku bliskości i zaangażowania ze strony partnera, oceny ze strony partnera, negatywnych konsekwencji współżycia, potrzeby kontroli sytuacji i reakcji seksualnych czy z doświadczeniem nadużyć, podczas gdy u mężczyzn negatywne myśli dotyczą sprawności seksualnej, przewidywaniem porażki i stereotypowo właściwymi zachowaniami wynikających z płci (Nobre, Pinto-Gouveia, 2008b; Rawinska, 2020).

Wiedza dotycząca powiązań pomiędzy czynnikami emocjonalnymi i poznawczymi i ich roli w powstawaniu i utrzymywaniu się dysfunkcji seksualnych umożliwiła stworzenie schematu obrazującego rozwój dysfunkcji seksualnej w perspektywie poznawczej. Dysfunkcyjne przekonania dotyczące seksualności wiążące się z występowaniem lęku i innych, nawykowych negatywnych reakcji emocjonalnych oraz postaw opartych na kontroli emocjonalnej i sytuacyjnej, w sytuacjach seksualnych, w których dochodzi do niezamierzonych, niechcianych zdarzeń, następuje aktywacja negatywnych schematów i w następstwie osłabienie lub zahamowanie występowania oczekiwanych reakcji seksualnych, któremu towarzyszą negatywne emocje, myśli i zachowania (Rawińska, 2020). To w jaki sposób myśli automatyczne, emocje podczas aktywności seksualnej i reakcje seksualne wiążą się ze sobą oraz z przekonaniem na temat seksualności i schematami myślenia, wskazuje na istnienie emocjonalno-poznawczej podatności na dysfunkcje seksualne (Rawińska, 2020).

Część empiryczna

6. Problem i metodologia badań własnych

6.1. Problem badawczy i cel badań

Temat trudności w odczuwaniu przyjemności podczas aktywności seksualnej rozpatrywany jest w polskiej literaturze głównie z perspektywy objawu związanego z występowaniem zaburzeń depresyjnych i innych problemów zdrowia psychicznego. Analiza dostępnej literatury pokazuje, że zarówno udane życie seksualne, jak i przyjemność są niezwykle ważne dla zdrowia i dobrostanu. Dysfunkcje seksualne, będące oznaką nieprawidłowości i trudności doświadczanych w funkcjonowaniu seksualnym., stanowią wciąż poważny - często niedoszacowany - problem społeczny i medyczny. Dodatkowo, jak wykazano we wcześniejszych rozdziałach, istnieje wiele czynników mogących modyfikować reaktywność i funkcjonowanie seksualne kobiet.

Z uwagi na to, że doświadczanie dysfunkcji seksualnych oddziałuje na wiele obszarów życia i aktywności, profilaktyka i zidentyfikowanie czynników kluczowych dla rozwoju objawów zaburzeń funkcjonowania seksualnego jest niezwykle istotne. Objawy dysfunkcji seksualnej wpływają na relację partnerską, funkcjonowanie społeczne i zawodowe, a także na odczuwanie przyjemności i ogólny stan zdrowia psychicznego. Rosnące zainteresowanie popularnonaukowe tematyką przyjemności seksualnej, pozwala domniemywać, że coraz więcej kobiet jest zainteresowanych poprawą jakości swojego życia seksualnego. Co więcej, pojawianie się nowych kategorii diagnostycznych w klasyfikacjach może sugerować, że obecnie ludzie – a szczególnie kobiety - mierzą się z problemami dotyczącymi zdrowia seksualnego, które dotychczas nie były diagnozowane, lub diagnozowano je jako objaw innych zaburzeń.

Rozważania nad stworzeniem w diagnostyce osobnego miejsca dla anhedonii seksualnej pokazuje, że zagadnienie doświadczania przyjemności seksualnej nie tylko jest istotne z punktu widzenia jakości życia, satysfakcjonującej relacji z partnerem, ale także z punktu widzenia praktyki medycznej. Obecnie obowiązujące klasyfikacje chorób i zaburzeń nie zawierają tej kategorii diagnostycznej, lecz niewykluczone, że przyszłe dokumenty, odpowiadając na potrzeby ludzi, będą powracać do problemu seksualnej anhedonii. Jak podkreśla Lew-Starowicz i Lew-Starowicz (2018), klasyfikacje medyczne

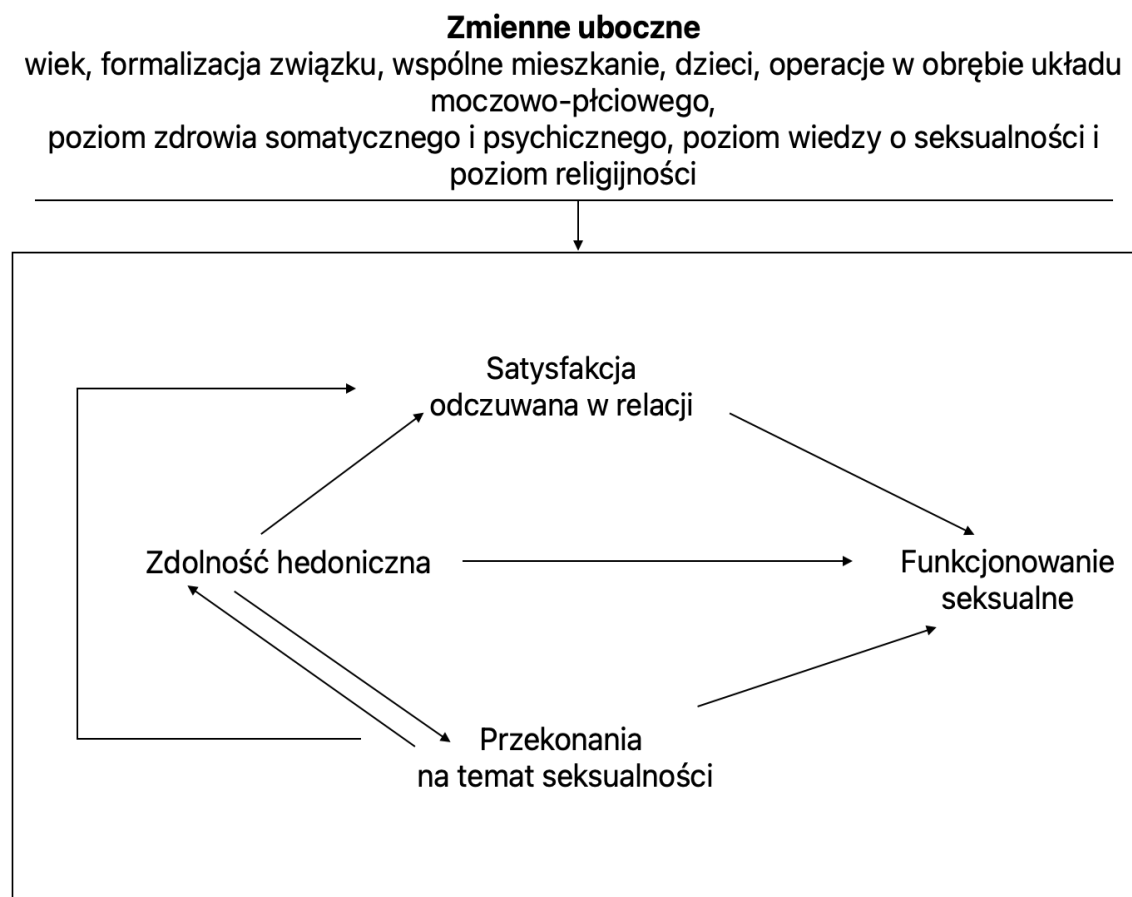
nie są tworzone jedynie by diagnozować, ale także, żeby zwiększyć standardy opieki zdrowotnej i zwiększać trafność stawianych rozpoznań, zapobiegając źle dobranej farmakoterapii. Jeśli trudności zaczniemy diagnozować, nie tylko zdejmujemy z osób doświadczających anhedonii ciężar niewpisywania się w normy, ale także damy szansę na znalezienie odpowiedniej terapii i przywrócenia źródła przyjemności w życiu.

Celem badań, zaprezentowanych w tej pracy, było zbadanie powiązań między występowaniem problemów w funkcjonowaniu seksualnym a trudnościami w odczuwaniu przyjemności i zidentyfikowanie czynników mogących modyfikować odczuwanie przyjemności, w tym przyjemności seksualnej przez kobiety, a także wyodrębnienie czynników ryzyka i czynników chroniących przed rozwojem trudności w odczuwaniu przyjemności i dysfunkcji seksualnych z tym związanych. Badania uwzględniały czynniki takie jak satysfakcja seksualna, zadowolenie z relacji, dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności oraz specyficzne trudności w funkcjonowaniu seksualnym. Badania zmierzały do odpowiedzi na pytanie w jakim stopniu na podstawie wymienionych czynników można przewidywać występowanie trudności w funkcjonowaniu seksualnym i jakie miejsce wśród potencjalnych predyktorów tegoż funkcjonowania przypada anhedonii.

Dodatkowym celem badań było sprawdzenie czy kobiety, u których występują trudności w odczuwaniu przyjemności seksualnej (anhedonii seksualnej) doświadczają również trudności w odczuwaniu przyjemności w dziedzinach życia niezwiązanych z aktywnością seksualną. Ten cel miał charakter przede wszystkim poznawczy – z teoretycznego punktu widzenia istotna jest bowiem odpowiedź na pytanie o to, czy problemy z odczuwaniem przyjemności są specyficzne dla określonego obszaru funkcjonowania człowieka, czyli sfery zmysłowej, seksualnej, społecznej, czy niezdolność do odczuwania przyjemności ma charakter uogólniony. Wyniki uzyskane w badaniu posłużą zaplanowaniu oddziaływań profilaktycznych i edukacyjnych dotyczących odczuwania przyjemności przez kobiety.

6.2. Model zależności między zmiennymi

Badania zostały oparte na modelu zależności między zmiennymi przedstawionym na rysunku 3.



Rysunek 3 Model zależności między zmiennymi

Model prezentuje trzy grupy czynników, które – w założeniach, mogą oddziaływać na funkcjonowanie seksualne kobiet. Te czynniki to zdolność hedoniczna, przekonania na temat seksualności oraz satysfakcja odczuwana w relacji.

Przekonania na temat seksualności oraz satysfakcja odczuwana w relacji stanowią zmienne pośredniczące w relacji pomiędzy zdolnością hedoniczną, a zmienną zależną - funkcjonowaniem seksualnym. Przekonania na temat seksualności mogą natomiast wpływać na zmienną niezależną, zdolność hedoniczną, jak i zmienną pośredniczącą - satysfakcję odczuwaną w relacji. Satysfakcja odczuwana w relacji jako zadowolenie z aspektów seksualnych i pozaseksualnych aktualnej relacji, jest pochodną działania przekonań na temat seksualności oraz działającej na nią zdolności hedonicznej.

Przekonania na temat seksualności oraz satysfakcja odczuwana w relacji w przedstawionym modelu pełnią rolę mediatorów relacji pomiędzy zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym.

Zależności te pozostają pod działaniem zmiennych ubocznych dotyczących charakterystyki relacji, danych demograficznych oraz oceny stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, poziomu wiedzy na temat seksualności i oceny własnej religijności. Zmienne te zostały wyróżnione w literaturze jako czynniki istotne dla funkcjonowania kobiet w obszarze seksualnym i relacyjnym.

6.3. Pytania badawcze i hipotezy

6.3.1. Główne pytania badawcze

- P1. Czy istnieje ogólna zdolność hedoniczna, czy raczej zdolność doświadczania przyjemności odnosi się do poszczególnych sfer funkcjonowania człowieka (zmysłowej, seksualnej, społecznej)?
- P2. Jakie są związki pomiędzy funkcjonowaniem w sferze seksualnej, zdolnością hedoniczną, przekonaniami na temat seksualności, zadowolenie z relacji i satysfakcją seksualną?
- P3. Czy i w jakim zakresie wybrane zmienne o charakterze demograficznym (wiek, formalizacja związku, wspólne mieszkanie i dzieci) i medycznym (stan zdrowia fizycznego i psychicznego) oraz poziom wiedzy o seksualności i religijność wiążą się z głównymi zmiennymi, czyli funkcjonowaniem w sferze seksualnej, zdolnością hedoniczną, przekonaniami na temat seksualności, zadowolenie z relacji i satysfakcją seksualną?
- P4. Czy i w jakim zakresie zdolność hedoniczna, satysfakcja seksualna, przekonania na temat seksualności i zadowolenie z relacji wyjaśniają funkcjonowanie w sferze seksualnej?

6.3.2. Szczegółowe pytania badawcze i hipotezy

1. Czy istnieją zależności pomiędzy **zdolnością hedoniczną w sferze sensorycznej, społecznej i seksualnej**? Jaki jest charakter tych zależności?

H1: Różne rodzaje zdolności hedonicznej są ze sobą silnie skorelowane.

H2: Można wyróżnić nadrzędny czynnik - ogólną zdolność hedoniczną, która determinuje odczuwanie przyjemności w różnych sferach.

W badaniach nad przyjemnością badacze często odwołują się do pojęcia zdolności hedonicznej jako wieloaspektowego konstrukt (Sun i in., 2020). Jak podają źródła, zdolność hedoniczna, czy też ton hedoniczny, jest nadrzędnym względem doświadczania przyjemności mechanizmem związanym z prawidłowym przebiegiem cyklu odczuwania przyjemności (Treadway, Zald, 2011; Der-Avakian, Markou, 2012; Kringelbach i in., 2012; Rømer Thomsen, 2015; Husain, Roiser, 2018; Wellan i in., 2021). Podczas gdy zdolność hedoniczną można traktować jako względnie stałą cechę jednostki, odczuwanie przyjemności jest jej chwilowym przejawem (Kringelbach, 2017). W tym rozumieniu, jedynie osoba posiadająca zdolność hedoniczną jest w stanie doświadczyć przyjemności. Można na tej podstawie przyjąć, że zdolność hedoniczna odnosi się do całokształtu przyjemnych doświadczeń. Doświadczanie przyjemności można obserwować na poziomie neurobiologicznym - bodźce przyjemne - niezależnie od źródła, są rejestrowane przez struktury tworzące układ nagrody (Rømer Thomsen i in., 2015). Przyjemność doświadczana może płynąć z różnych bodźców i czynności - zarówno zaspokajając podstawowe potrzeby biologiczne, jak i z doświadczeń estetycznych i duchowych (Kringelbach, 2017; Mas-Herrero i in., 2021). Badacze wskazują, że przyjemności wyższego rzędu i przyjemności podstawowe, wywołują nieco inną aktywność mózgu, ale odczuwana przyjemność pozostaje podobna (por. Bartra i in., 2013; Sescousse i in., 2013, Mas-Herrero i in., 2019; Mas-Herrero i in., 2021). Z uwagi na to, że zarówno przyjemność o charakterze zmysłowym, jak i seksualnym i społecznym są zaliczane do przyjemności podstawowych, związanych z podstawowymi potrzebami, o czym mówi Kringelbach (2017), zasadne wydaje się być założenie, że badane przyjemności, choć płynące z różnych źródeł, mogą być ze sobą silnie powiązane.

2. Jakie zależności występują pomiędzy **funkcjonowaniem seksualnym a sensoryczną, seksualną i społeczną zdolnością hedoniczną?**

H3: Funkcjonowanie seksualne pozytywnie wiąże się z wszystkimi aspektami przyjemności. Wraz ze wzrostem poziomu sensorycznej, seksualnej i społecznej zdolności hedonicznej wzrasta poziom funkcjonowania seksualnego.

H4: Spośród różnych badanych aspektów przyjemności, seksualna zdolność hedoniczna i funkcjonowanie seksualne są ze sobą najsilniej związane.

H5: Najsilniejszy związek występuje pomiędzy zdolnością hedoniczną a obszarem funkcjonowania seksualnego związanego z doświadczaniem orgazmu.

Według Kringelbacha i Berridge'a (2010) przyjemności czerpane z doświadczeń zmysłowych, seksualnych lub społecznych wiążą się z zaspokajaniem podstawowych potrzeb. Jedną z najbardziej podstawowych potrzeb człowieka, mających znaczenie ewolucyjne, potrzeb człowieka, jest rozmnażanie (Darwin, 1872, Berridge, 1996, Kringelbach, 2004 za: Berridge i Kringellbach, 2010). Nagradzające doznanie przyjemności seksualnej stanowi więc motywację do podejmowania zachowań seksualnych, które dodatkowo sprzyjają zdrowiu i dobrostanowi (m.in. Coleman i in., 2021; Gianotten i in., 2021). Jeśli więc przyjemność płynąca z aktywności seksualnej motywuje do podejmowania zachowań seksualnych, także w celu uzyskania seksualnej przyjemności, zasadne wydaje się być założenie, że zdolność do doświadczania przyjemności seksualnej i aktywność seksualna pozostają ze sobą ściśle związane. Orgazm, będący fizjologicznym ucieleśnieniem przyjemności seksualnej stanowi jeden - choć oczywiście nie jedyny - z obszarów prawidłowego funkcjonowania seksualnego, stąd spodziewać się można, że odczuwanie przyjemności jest istotnie związane z wyższym poziomem funkcjonowania seksualnego związanego z doświadczaniem orgazmu. Wskazówką dotyczącą znaczenia przyjemności dla funkcjonowania seksualnego w obszarze orgazmu, może być rosnące zainterесowanie diagnostów obniżonym lub niskim poziomem przyjemności seksualnej płynącej z orgazmu, czyli orgazmem hipohedonicznym, klasyfikując to doświadczenie jako dysfunkcję seksualną (McCabe i in., 2016a, 2016b, 2016c).

3. Czy i jaki istnieje związek pomiędzy **satysfakcją seksualną** a **zadowoleniem z relacji**?

H6: Istnieje pozytywny związek pomiędzy zadowoleniem z relacji oraz satysfakcją seksualną - wraz ze wzrostem zadowolenia ze związku (relacyjnych aspektów związku) wzrasta poziom satysfakcji seksualnej (seksualnego aspektu związku).

Od czasu opracowania modelu reakcji seksualnej kobiet przez Basson (2000, 2005), wielu badaczy podkreśla, że satysfakcja seksualna kobiet wiąże się przede wszystkim z emocjonalnymi przeżyciami towarzyszącymi aktywności seksualnej (Holka-Pokorska, 2018; Dębowska, 2019). Czynniki relacyjne odgrywają kluczową rolę w motywacji do podejmowania aktywności seksualnej, a realizacja potrzeby seksualnej z bliską osobą stanowi źródło spełnienia w relacji i wzmocnienia więzi partnerskiej (Dębowska, 2019; Gianotten, 2021). Sytuacje wpływające na klimat relacji, takie jak konflikty, trudności w komunikacji; różnice między partnerami w oczekiwaniach dotyczących relacji, w tym jej aspektów seksualnych stanowią jeden z najważniejszych czynników modyfikujących funkcjonowanie seksualne i zadowolenie zarówno z aktywności seksualnej, jak i samej relacji (Meston, Trapnell, 2005; Iłska i in., 2017; Dębowska, 2019; Rawińska, 2020; Pogorzelska, 2020). Pozytywny obraz relacji w jej pozaseksualnych aspektach, budująca intymność oraz poczucie dopasowania i zrozumienia zwiększa motywację do podejmowania aktywności seksualnej i zadowolenie z seksualnych aspektów relacji, stąd zasadne jest przyjęcie hipotezy, że satysfakcja seksualna oraz zadowolenie z relacji są ze sobą pozytywnie związane.

4. Jakie są zależności pomiędzy **funkcjonowaniem seksualnym** a **satysfakcją odczuwaną w relacji - satysfakcją seksualną i zadowoleniem z relacji**?

H7: Satysfakcja seksualna pozytywnie wiąże się z funkcjonowaniem seksualnym - wraz ze wzrostem poziomu funkcjonowania seksualnego wzrasta poziom satysfakcji seksualnej.

H8: Zadowolenie z relacji wiąże się pozytywnie z funkcjonowaniem seksualnym - przy wysokich wynikach zadowolenia z relacji wysokie są także wyniki funkcjonowania seksualnego.

H9: Istnieje istotna, silna korelacja pomiędzy obszarem satysfakcji funkcjonowania seksualnego a różnymi aspektami satysfakcji seksualnej.

Jak wskazują badania weryfikujące zasadność ujmowania funkcjonowania kobiet w obszarze seksualnym w kategoriach bio-psycho-społecznych, kobiece potrzeby seksualne są silnie zależne od subiektywnych i interpersonalnych czynników, przede wszystkim tych, dotyczących klimatu relacji oraz subiektywnej poznawczej oceny związku (Holka-Pokorska, 2018; Dębowska, 2019). Funkcjonowanie seksualne kobiet, a przede wszystkim pożądanie, związane z motywacją kobiet do podejmowania aktywności seksualnej, wiąże się z pozaseksualnymi czynnikami dotyczącymi relacji - bliskości, zaangażowania czy przywiązania (Basson, 2000; Rosen i in., 2000; Dębowska, 2019). Wskazując na istotność czynników psychologicznych i relacyjnych warto podkreślić, że subiektywne odczucie podniecenia seksualnego często nie jest spójne z obiektywnym podnieceniem na poziomie genitalnym, a zaangażowanie się w aktywność seksualną jest sposobem na zaspokojenie potrzeb pozaseksualnych (Basson, 2000; Gravel i in., 2016; Holka-Pokorska, 2018, Kossat, 2019). Metaanalizy dotyczące satysfakcji seksualnej kobiet pokazują, że to zadowolenie z relacji jest istotniejszym czynnikiem wpływającym na seksualną satysfakcję, niż prawidłowy z punktu widzenia fizjologii przebieg aktywności seksualnej czy doświadczanie orgazmu (Basson, 2000; Holka-Pokorska, 2018; Kossat, 2019). Powyższe doniesienia wskazują, że dla pozytywnej oceny funkcjonowania seksualnego i satysfakcji seksualnej istotne są pozytywne odczucia związane z klimatem relacji. Innym aspektem wskazującym na powiązania pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym a subiektywną satysfakcją seksualną i zadowoleniem z relacji, jest potwierdzona badaniami obserwacja, że część kobiet zgłasza trudności w funkcjonowaniu seksualnym specjalistom, dopiero wtedy, gdy utrudniają one funkcjonowanie w relacji lub wpływają na relację romantyczną (Bancroft, 2011; Dąbkowska, 2015; Lew-Starowicz, 2018). Wiele kobiet postrzega swoje życie seksualne jako satysfakcjonujące, mimo występowania objawów dysfunkcji, jeśli relacja z partnerem w obszarze pozaseksualnym jest oceniana pozytywnie (Dąbkowska, 2015).

5. Czy istnieje zależność pomiędzy **satysfakcją odczuwaną w relacji a zdolnością do doświadczania przyjemności sensorycznej, seksualnej i społecznej**? Jaki jest charakter tej zależności?

H10: Zarówno satysfakcja seksualna jak i zadowolenie ze związku wiążą się pozytywnie z wszystkimi badanymi rodzajami zdolności doświadczania przyjemności.

H11: Wzrost poziomu satysfakcji seksualnej wiąże się najsilniej ze wzrostem poziomu seksualnej oraz społecznej zdolności hedonicznej.

Przyjemność stanowi ważne źródło nagradzające (a więc także zwiększające motywacje do podejmowania różnych zachowań) i pozytywnie wpływa na dobrostan i zdrowie (Berridge, Kringellbach, 2010; Bernecker, Beckker, 2021; Gianotten, 2021; Laan i in., 2021). Ostatnio badania nad rolą przyjemności dla zachowań człowieka skupiają się wokół przyjemności seksualnej (motywatora podejmowania zachowań seksualnych), potwierdzając, że seksualna przyjemność wiąże się pozytywnie ze satysfakcją seksualną, zadowoleniem z pozostawania w relacji i ogólnym dobrostanem (Edwards, Coleman, 2004; Ford i in., 2019; Coleman i in., 2021; Gianotten i in., 2021; Philpott i in., 2021). Istnieje wiele źródeł wskazujących, że procesy biochemiczne zachodzące podczas odczuwania przyjemności oraz substancje - hormony, neurotransmittery - za to odpowiedzialne, wiążą się także z obniżaniem odczuwania stresu, rzadszym występowaniem zaburzeń snu, nastroju oraz objawów somatycznych, prawidłowym przebiegiem procesów poznawczych i lepszym funkcjonowaniem seksualnym (Rømer Thomsen i in., 2015; Pizzagalli, 2014; Grillo, 2016; Gałęcki, Talarowska, 2018; Downs i in., 2020; Wellan i in., 2021). Badania nad powiązaniem zdolności hedonicznej z psychologicznymi czynnikami o różnym charakterze wskazały, że te osoby, które miały wysoki poziom zdolności hedonicznej odczuwały więcej satysfakcji z życia oraz czuły się bardziej zrelaksowane (Bernecker, Becker, 2021). Te i inne korzystne następstwa wysokiego poziomu zdolności hedonicznej - potwierdzone w badaniach Bernecker i Becker (2021) dla zdrowia i satysfakcji z życia pozwalają oczekiwać, że zdolność do odczuwania przyjemności będzie wiązać się również z satysfakcją odczuwaną z różnych aspektów relacji - zarówno seksualnych, jak i pozaseksualnych.

6. Czy i w jaki sposób **trudności w odczuwaniu przyjemności (anhedonia)** wiążą się z **dysfunkcjonalnymi przekonaniami na temat seksualności**?

H12: Wysoki poziom dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności wiąże się z obniżonym poziomem zdolności doświadczania przyjemności we wszystkich jej aspektach i rodzajach.

H13: Związek pomiędzy poziomem dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności a poziomem zdolności doświadczania przyjemności seksualnej jest silniejszy, niż związek przekonań z innymi rodzajami zdolności hedonicznej.

Anhedonia seksualna jako trudność w odczuwaniu przyjemności, której źródło stanowi aktywność seksualna oraz jej powiązania z przekonaniami na temat seksualności nie była do tej pory tematem wielu badań - wiedza dotycząca tego tematu opiera się na informacjach dotyczących anhedonii oraz powiązań tego objawu z dysfunkcjami seksualnymi (Parish, Hanh, 2016; Basson, Gilks, 2018). Informacje stanowiące podstawę teoretyczną tej pracy pozwalają jednak domniemywać, że nasilenie dysfunkcyjnych przekonań seksualnych będzie istotnie wiązało się z nasileniem trudności w doświadczaniu przyjemności płynącej z aktywności seksualnej, czyli występowaniem anhedonii seksualnej. Badania nad dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności potwierdziły ich istotność dla powstawania i utrzymywania się dysfunkcji seksualnych, a dysfunkcje seksualne silnie powiązane są z depresją (Cyranowski i in., 2004b; Bancroft, 2009; Nobre, i in., 2009; Lew-Starowicz, 2010a; Oettingen, 2013; Parish i in., 2021). Znaczenie ma tutaj fakt, że anhedonia stanowi jeden z objawów towarzyszący depresji i innym zaburzeniom nastroju - istnieje bowiem wiele badań potwierdzających istotność dysfunkcyjnych przekonań dla powstawania, nasilania i utrzymywania się zaburzeń depresyjnych. Najbardziej znanym modelem powstawania zaburzeń depresyjnych jest model Becka, opierający się na założeniu, że kluczowym czynnikiem powstawania depresji jest występowanie dysfunkcyjnych, czyli nieadaptacyjnych schematów poznawczych - przekonań na temat świata, samego siebie i przyszłości, nazwanych przez autora triadą poznawczą lub triadą depresyjną (Alford, Beck, 2005 za: Jakima, 2020; Gałeczki, Talarowska, 2018). Z uwagi na wspólny obszar, można spodziewać się, że najsilniejszy związek będzie występował pomiędzy nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności a anhedonią seksualną.

7. Czy istnieje związek pomiędzy **objawami dysfunkcji seksualnych** (poziomem funkcjonowaniem seksualnego) a **nasileniem dysfunkcyjnych przekonań seksualnych**? Które z dysfunkcyjnych przekonań najsilniej wiążą się z poziomem funkcjonowania seksualnego?

H14: Istnieje negatywny związek pomiędzy poziomem funkcjonowania seksualnego a poziomem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności.

Badania dotyczące funkcjonowania seksualnego kobiet wskazują, że wśród czynników mogących modyfikować reaktywność seksualną kobiet i wiązać się z występowaniem trudności w tym zakresie dużą rolę odgrywają czynniki poznawcze, takie

jak niska samoocena, negatywny obraz siebie, a także negatywne przekonania dotyczące siebie, innych i seksualności jako takiej (Carvalho, Nobre, 2010; Holka-Pokorska, 2018; Droszol-Cop i in., 2018; Rawińska, 2020). Niedostateczna wiedza na temat prawidłowości i nieprawidłowości w funkcjonowaniu seksualnym i brak edukacji seksualnej wskazuje się jako czynnik wpływający na odpowiedź seksualną (Holka-Pokorska, 2018). Oznacza to, że występowanie błędnych i stereotypowych - a w rezultacie dysfunkcyjnych - przekonań na temat seksualności może wiązać się z występowaniem trudności w funkcjonowaniu seksualnym. Nieadaptacyjne, utrudniające funkcjonowanie w obszarze seksualności przekonania i automatyczne myśli stanowią objaw, czynnik wzmacniający lub sprzyjający rozwojowi dysfunkcji seksualnych (Lew-Starowicz, 2010b). Wpływ poznawczych czynników - a przede wszystkim myśli i przekonań - na funkcjonowanie seksualne stał się podstawą do opracowania modeli wyjaśniających powstawanie dysfunkcji seksualnych. Zarówno model Barlowa, dotyczący funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej sprawności seksualnej (Barlow, 1986), jak i model poznawczy dysfunkcji seksualnych Oettingen (2013), wskazują, że jeśli podczas aktywności seksualnej uruchamiane są negatywne myśli i przekonania na temat własnej sprawności seksualnej, atrakcyjności, sytuacji seksualnej lub partnera (czyli dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności) zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienie trudności w funkcjonowaniu seksualnym, takich jak brak poczucia pobudzenia i podniecenia seksualnego, trudności w osiągnięciu orgazmu, zaburzenia erekcji, a w dłuższej perspektywie zwiększa się podatność jednostki na wstąpienie i utrzymywanie się dysfunkcji seksualnej (Nobre, Pinto-Goveia, 2008c; Oettingen, 2013; Rawińska, 2020). Z uwagi na powyższe, można założyć, że wysoki poziom dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności może wiązać się z trudnościami w funkcjonowaniu seksualnym. Co więcej, można spodziewać się, że u osób, u których nasilenie dysfunkcyjnych przekonań seksualnych jest wysokie, może występować zwiększone nasilenie objawów dysfunkcji seksualnych, mające znaczenie kliniczne.

8. Czy i w jaki sposób nasilenie **dysfunkcyjnych przekonań seksualnych** wiąże się z **poziomem satysfakcji odczuwanej w relacji**?

H15: Istnieje związek pomiędzy poziomem dysfunkcyjnych przekonań seksualnych a satysfakcją odczuwaną w relacji - zarówno satysfakcją seksualną, jak i zadowoleniem ze związku; wraz ze wzrostem poziomu dysfunkcyjnych przekonań spada satysfakcja odczuwana w relacji.

Pośród wielu czynników istotnych dla funkcjonowania seksualnego kobiet znajdują się przekonania dotyczące własnego wyglądu, samoocena czy poczucie umiejętności do tworzenia zadowalających relacji romantycznych i seksualnych (Dębowska, 2019). Na kształtowanie się tych przekonań i wykształcanie postaw wobec seksualności oddziałują własne doświadczenia, a także wszelkie informacje pozyskiwane na ten temat z zewnątrz (np. przekazy rodzinne i ze środków masowego przekazu, obserwacje otoczenia). Mogą to być komunikaty wspierające poczucie kompetencji do bycia w relacji i czerpania z niej satysfakcji lub też takie, które będą oddziaływać szkodliwie na ten obszar życia. Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności często mają swoje źródło w stereotypach dotyczących ról płciowych i społecznych, które w dalszym ciągu opierają się na przeciwstawianiu sobie kobiecości i męskości, co może wiązać się ze stereotypowymi oczekiwaniami wobec ról pełnionych w relacjach seksualnych i romantycznych. Niespełnienie tych oczekiwań może wiązać się z niezadowoleniem z relacji i obniżeniem się satysfakcji seksualnej. Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności dotyczą szeroko pojętej sfery seksualnej - zarówno ról płciowych, typowych zachowań przedstawicieli danej płci czy też aktywności seksualnej. Mity związane z seksualnością najczęściej wiążą się z poczuciem atrakcyjności dla drugiej osoby (te przekonania dotyczą szczególnie kobiet), potrzeb seksualnych, preferencji czy obrazu tego, jak powinien wyglądać udany stosunek seksualny (Rawińska, 2020; Pogorzelska, 2020). Jak wskazuje Oettingen (2013), przekonania dotyczące seksualności i aktywności seksualnej mają znaczenie w rozwoju dysfunkcji seksualnych i znacząco wpływają na jakość aktywności seksualnej i poziom satysfakcji z niej. Aktywność seksualna i zachowania jej towarzyszące - jeśli odbierane są jako zgodne z potrzebami, stanowią źródło wzmocnienia więzi i spełnienia w relacji, natomiast poczucie bliskości emocjonalnej oraz klimat relacji często bywają kluczowymi czynnikami wzbudzającymi chęć angażowania się w aktywność seksualną i pożądanie (Dębowska, 2019). Przekonania oddziałujące na poczucie atrakcyjności dla osoby partnerskiej w relacji oraz oczekiwania wobec dopasowania potrzeb i preferencji seksualnych mogą stanowić czynnik modyfikujący poczucie zadowolenia zarówno z seksualnej więzi, jak i romantycznych aspektów związku.

9. Czy istnieją różnice w zakresie badanych zmiennych pomiędzy osobami z klinicznie istotnym nasileniem dysfunkcji seksualnych a osobami bez dysfunkcji?

H16: Istnieją różnice w zakresie badanych zmiennych pomiędzy osobami z klinicznie istotnym nasileniem dysfunkcji seksualnych a osobami bez dysfunkcji.

Według klasyfikacji medycznych, dysfunkcje seksualne to zaburzenie zdolności do reagowania na bodźce seksualne lub utrata możliwości odczuwania seksualnej przyjemności (DSM-V, 2013, za: Drosdzol-Cop i in., 2018). Diagnozowanie dysfunkcji seksualnych wymaga spełnienia kilku medycznych kryteriów, które wskazują, że dysfunkcja pojawia się często, choć nie w każdej sytuacji, ale utrzymuje się co najmniej sześć miesięcy i jej występowanie nie może być wytłumaczone innymi czynnikami medycznymi (za ICD-10, 2000; Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018). Istotną informacją pozwalającą na określenie dokuczliwości dysfunkcji i jej klinicznego znaczenia jest określenie czy osoba uczestniczy w stosunkach seksualnych w satysfakcjonujący ją sposób (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018). Literatura wskazuje, że wiele kobiet nie diagnozuje zakłóceń w funkcjonowaniu seksualnym tak długo, jak długo nie utrudnia to realizacji potrzeb seksualnych w związku i nie wpływa negatywnie na relację romantyczną (Bancroft, 2011; Dąbkowska, 2015). Wiele kobiet pozytywnie ocenia swoją aktywność seksualną, mimo objawów dysfunkcji, stąd w najnowszych klasyfikacjach pojawiło się kryterium mówiące o konieczności występowania cierpienia, mającego istotne, subiektywne znaczenie (Gałecki i in., 2018). Oznacza to, że kobiety, które doświadczają objawów dysfunkcji seksualnych tak nasilonych, że mają one kliniczne znaczenie, mogą jednocześnie doświadczać trudności w odczuwaniu przyjemności - zarówno seksualnej, jak i sensorycznej (odczuwanej jako zmniejszona wrażliwość na przyjemne bodźce), obniżonej satysfakcji z aktywności seksualnej i relacji romantycznej. Poziomy badanych zmiennych u kobiet z objawami dysfunkcji seksualnych o klinicznej istotności mogą różnić się, od poziomów zmiennych u kobiet, u których objawy dysfunkcji mają mniejsze nasilenie.

10. Czy i jakie związki występują pomiędzy **wiekem** a **poziomem funkcjonowania seksualnego**?

H17: Wraz z wiekiem obniża się poziom funkcjonowania seksualnego.

Liczba badań, dotyczących zdrowia seksualnego i funkcjonowania w obszarze seksualności kobiet, mających na celu identyfikację czynników wiążących się

powstawaniem i utrzymywaniem trudności w funkcjonowaniu seksualnym, wzrasta z uwagi na zwiększoną diagnostykę dysfunkcji seksualnych u kobiet w coraz młodszym wieku. W badaniach nad funkcjonowaniem seksualnym kobiet w wieku menopauzalnym wykazano, że to właśnie wiek, a nie sama menopauza, ma silniejszy związek z spadkiem zainteresowania aktywnością seksualną - menopauza może zmniejszyć popęd seksualny w sensie biologicznym, ale wiek zmniejsza ogólną motywację seksualną poprzez wpływ na przystosowanie psychiczne (Kingsberg, 2002, za: Carvahlo, Nobre, 2010). Stan zdrowia psychicznego wiąże się z wiekiem w różnorodny sposób - wiele pierwszych objawów nieprawidłowości w funkcjonowaniu psychicznym pojawia się wcześniej, niż rozwija się właściwa choroba czy zaburzenie (Solmi i in., 2022). Zaburzenia nastroju i depresja, których związek z występowaniem dysfunkcji seksualnych jest istotny i potwierdzony w wielu badaniach, diagnozowane są częściej u kobiet w średnim wieku (Russo, Green, 2002; Gałęcki, Talarowska, 2018; Solmi i in., 2022).

11. Czy istnieje związek pomiędzy **poziomem religijności a doświadczaniem przyjemności seksualnej, funkcjonowaniem seksualnym i nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności?**

H18: Wysoki poziom religijności wiąże się z obniżeniem funkcjonowania seksualnego (nasileniem dysfunkcji seksualnych) oraz nasileniem dysfunkcyjnych przekonań seksualnych.

Jak podaje WHO (2017, za: Erbil, 2019) na seksualność człowieka i sposób jej wyrażania wpływają interakcje czynników biologicznych, psychologicznych, kulturowych, duchowych, ekonomicznych, politycznych, społecznych, prawnych, historycznych i religijnych. Wśród nich duże znaczenie dla występowania i utrzymywania się dysfunkcji seksualnych ma mało elastyczny światopogląd, który często wynika z przekonań religijnych, regulujących także zasady życia rodzinnego i seksualnego (Holka-Pokorska, 2018). Wśród dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności, czyli przekonań mających negatywny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie seksualne, wyróżnić można przekonania wiążące się z traktowaniem popędu i przyjemności jako grzechu i seksualnym konserwatyzmem - obie te kategorie przekonań mają swoje źródła w religijności i postawach wobec zachowań i ekspresji seksualnej odpowiadających normom religijnym (Nobre i in., 2003). Wskazuje to, że wysoki poziom religijności może wiązać się z wysokim poziomem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności.

Religijność wskazywana jest jako jeden z kluczowych czynników w etiologii anorgazmii, czyli zaburzeń orgazmu (Lew-Starowicz, 2018; Kossat, 2019). Orgazm wiąże się z odczuwaniem przyjemności płynącej z aktywności seksualnej, dlatego zasadne wydaje się przyjęcie hipotezy, że czynnik ryzyka dla występowania zaburzeń orgazmu - religijność będzie także istotna dla trudności w odczuwaniu przyjemności w ogóle, a także będzie wiązała się z nasilonym występowaniem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności i obniżeniem funkcjonowania seksualnego.

12. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem **wiedzy na temat seksualności** a **doświadczeniem przyjemności seksualnej, funkcjonowaniem seksualnym i nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności?**

H19: Wysoki poziom wiedzy na temat seksualności wiąże się z lepszym funkcjonowaniem seksualnym i niższym poziomem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności.

H20: Wyższy poziom wiedzy na temat seksualności wiąże się z wyższym poziomem seksualnej zdolności hedonicznej.

Czynniki społeczno-kulturowe, a szczególnie wewnętrzne konflikty wynikające z przekonań i rodzinnych norm dotyczących seksualności mają znaczenie dla powstawania i utrzymywania się dysfunkcji seksualnych (Oettingen, 2013; Lew-Starowicz, 2018; Kossat, 2019). Przyczyną może być niski poziom wiedzy na temat seksualności, wynikający np. z braku edukacji seksualnej (Kossat, 2019; Jasionowska i in., 2019; Incesu, 2004, za: Erbil, 2019). W wyniku edukacji seksualnej zdobywane są informacje na temat aktywności seksualnej i wykształcane postawy względem seksualności (Dora, 2013; Waszyńska i in., 2013; Gorajska i in., 2018; Płaczkiewicz, Maciejewska, 2021). Wysoki poziom wiedzy - przyjmując, że jest równoznaczny z posiadaniem informacji zgodnych z aktualną wiedzą naukową - powinien więc stanowić czynnik ochronny dla występowania trudności w funkcjonowaniu seksualnym i sprzyjać przyjmowaniu realistycznych oczekiwań na temat seksualności, aktywności seksualnej i reaktywności seksualnej. Wysoki poziom wiedzy na temat seksualności, związany z wysokim poziomem wspierających prawidłowe funkcjonowanie przekonań na temat seksualności, może wiązać się z wyższym poziomem funkcjonowania seksualnego i tym samym zwiększać prawdopodobieństwo doświadczania przyjemności seksualnej płynącej z podejmowanej aktywności seksualnej.

13. Czy poziom wiedzy na temat seksualności zależy od wykształcenia?

Zniekształcone przekonania na temat seksualności własnej i innych osób często mają swoje źródło w niedostatecznej edukacji seksualnej i obecnych w przestrzeni publicznej potocznych - nierzadko fałszywych przekazów na temat seksualności człowieka. Pożądanym stanem, który wspiera deklaracja praw seksualnych człowieka, jest respektowanie prawa dostępu do rzetelnej, opartej na naukowych podstawach edukacji seksualnej (WAS, 2014). Stan ten nie jest odzwierciedlany w poziomie edukacji seksualnej w Polsce oraz postawach wobec seksualności i zdobywania wiedzy na ten temat (Płaczekiewicz, Maciejewska, 2021). Może to wskazywać, że wyższy poziom edukacji, wiążący się obligatoryjnie z ukończeniem szkoły podstawowej i ponadpodstawowej - gdzie według standardów - realizowany powinien być program edukacji seksualnej - wcale nie jest równoznaczny z posiadaniem wiedzy z zakresu seksualności. Z powodu braku lub niskiego poziomu zajęć poruszających tematykę seksualności i aktywności seksualnej, znaczna część nastolatków i młodych dorosłych pozyskuje wiedzę na ten temat w przestrzeni wirtualnej (Dora, 2013; Waszyńska i in., 2013; Gorajska i in., 2018; Płaczekiewicz, Maciejewska, 2021). Wiedza na temat seksualności - w tym świadomość seksualnej reaktywności, fizjologii i przekonania na temat aktywności seksualnej są istotnym czynnikiem dla zdrowia seksualnego i prawidłowego funkcjonowania w tym obszarze (Holka-Pokorska, 2018; Dębowska, 2019; Pogorzelska, 2020). Jak podaje Pogorzelska (2020), mity na temat seksualności oddziałują niezależnie od wieku lub poziomu wykształcenia (Aker i in., 2019; Baker, 1993, za: Pogorzelska, 2020). Jednym z czynników mogących zwiększać prawdopodobieństwo wiary w seksualne mity jest niski poziom edukacji (nie tylko edukacji seksualnej) rodziców (Evcili, Golbasi, 2016, za: Erbil, 2019). Jednakże, te same badania wskazały, że uczniowie, którzy otrzymali wystarczające informacje w ramach edukacji seksualnej, uznali, że wierzą w więcej mitów seksualnych i wydawali się niezdolni do obiektywnej oceny swojej wiedzy (Evcili, Golbasi, 2016, za: Erbil, 2019). Niedostatek aktualnej i rzetelnej wiedzy oraz umiejętności przekazywania jej obserwowany jest również wśród specjalistów, opiekunów i pracowników służby zdrowia (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018; Aker i in., 2019; Verrastro i in., 2020). Powyższe dane sugerują niejednoznaczny charakter powiązań między poziomem wykształcenia a wiedzą na temat seksualności, dlatego analiza tego związku ma charakter eksploracyjny.

14. Czy **macierzyństwo, formalizacja związku i wspólne mieszkanie** różnicują osoby w zakresie badanych zmiennych?

H21: Poziomy badanych zmiennych różnią się u kobiet, które są lub nie są matkami, żyją w związku sformalizowanym lub nie i mieszkają lub nie z partnerem.

Wyróżnione charakterystyki demograficzne stanowią istotne czynniki biologiczne i relacyjne, które mogą modyfikować poziom funkcjonowania seksualnego, poziom zdrowia psychicznego oraz satysfakcję z relacji seksualnej i romantycznej (Droszol-Cop i in., 2018; Holka-Pokorska, 2018; Janicka, 2008). Liczne badania wskazały, że satysfakcja seksualna jest dodatnio związana ze wskaźnikami jakości związku, takimi jak zaangażowanie i stabilność (Sprecher, 2002, za: Meston, Trapnell, 2005; Schneidewind-Skibbe i in., 2008, za: Carvalho, Nobre, 2010). Zawarcie małżeństwa również wiązało się pozytywnie z odczuwaną satysfakcją seksualną u kobiet (Christopher, Sprecher, 2000, za: Meston, Trapnell, 2005). Związek czasu trwania związku i poziom jego formalizacji z funkcjonowaniem seksualnym kobiet - szczególnie w obszarze pożądania, a także częstotliwością podejmowanej aktywności seksualnej podejmowany był w wielu badaniach, jednak uzyskane wnioski nie były jednoznaczne. Długi staż związku, szczególnie wśród małżeństw, często wiązał się ze zmniejszeniem seksualnej aktywności, podczas gdy inne badania wskazywały, że małżeństwo było dla kobiet czynnikiem podtrzymującym pożądanie (Dennerstein, Hayes, 2005, Schneidewind-Skibbe i in., 2008, za: Carvalho, Nobre, 2010). W obliczu tych informacji, można spodziewać się, że wspólne mieszkanie, formalizacja związku i posiadanie dzieci, które mogą świadczyć o stabilności i zaangażowaniu, będą różnicować osoby o tych cechach demograficznych przede wszystkim pod kątem satysfakcji seksualnej oraz funkcjonowania seksualnego.

15. Czy **doświadczenie operacji w obrębie układu moczowo-płciowego** różnicują osoby w zakresie badanych zmiennych?

H22: Poziomy badanych zmiennych różnią się u kobiet z doświadczeniem operacji w obrębie układu moczowo-płciowego i bez takiego doświadczenia.

Rola zabiegów ginekologicznych w funkcjonowaniu seksualnym kobiet nie jest jeszcze dobrze poznana, ale ból miednicy i zaburzenia dna miednicy często wiązały się w badaniach ze zmniejszonym pożądaniem seksualnym (Mass, 2003, Ahtari, Dwyer, 2005, Verit i in., 2006, za: Carvalho, Nobre, 2010). Liczba ciąż i porodów - z którymi mogą

wiązać się zabiegi i operacje - w wielu badaniach wiązała się ze spadkiem aktywności seksualnej (Dennerstein, Hayes, 2005, za: Carvalho, Nobre, 2010). Dodatkowo, operacje w obrębie układu moczowo-płciowego mogą bezpośrednio wiązać się z występowaniem dysfunkcji seksualnych związanych z bolesnością genitalno-miedniczą - jako ich przyczyna lub wynik (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2018; Droszol-Cop i in., 2018). Istnieje więc prawdopodobieństwo, że doświadczenie operacji w obrębie układu moczowo-płciowego będzie różnicować natężenie zmiennym u badanych kobiet, szczególnie w obszarze funkcjonowania seksualnego.

16. Które z uwzględnionych zmiennych są istotnymi predyktorami funkcjonowania seksualnego kobiet?

Analizy prowadzone w celu odpowiedzi na to pytanie badawcze mają charakter eksploracyjny. Zakłada się, że wszystkie uwzględnione zmienne będą miały znaczenie w wyjaśnianiu funkcjonowania seksualnego kobiet.

17. Jakie zmienne mediują zależność pomiędzy **funkcjonowaniem seksualnym** a **zdolnością hedoniczną**?

H23: Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności oraz satysfakcja w relacji są istotnymi mediatorami relacji między zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym.

Zaproponowany model teoretyczny zakłada, że zależność pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym i zdolnością hedoniczną u kobiet wyjaśniana może być (mediowana) przez działanie czynników takich jak dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności i satysfakcję odczuwaną w relacji, zarówno z jej seksualnych, jak i poza seksualnych aspektów. Teoretyczny model zakłada, że funkcjonowanie seksualne jest modyfikowane między innymi poprzez satysfakcję odczuwaną w relacji - zarówno jej aspekty seksualne, jak i pozaseksualne, związane z klimatem relacji romantycznej i dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności, będące poznawczymi zbiorami myśli i sądów na temat seksualności, które utrudniają kobietom prawidłowe funkcjonowanie w obszarze seksualnym. Oba te czynniki traktowane są jako kluczowe czynniki ryzyka występowania, rozwoju i utrzymywania się dysfunkcji seksualnych u kobiet, czyli zakłóceń

i trudności w funkcjonowaniu seksualnym (Nobre i in., 2003; Nobre, Pinto-Gouveia, 2006a, Oettingen, 2013). Obok nich, dla funkcjonowania seksualnego ważny jest indywidualny poziom zdolności hedonicznej, wiążący się z osobistym potencjałem w zakresie odczuwania przyjemności płynących z różnych bodźców o różnym źródle. W założonym modelu pod uwagę brane są bodźce sensoryczne, seksualne i społeczne. Model zakłada, że u kobiet, mających wysoki poziom zdolności hedonicznej, doświadczanie przyjemności zwiększa satysfakcję odczuwaną z seksualnych i pozaseksualnych aspektów relacji, a także może modyfikować sposób myślenia o aktywności seksualnej, obniżając poziom dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności, co oddziałuje pozytywnie na funkcjonowanie seksualne. Natomiast u kobiet, które mają niski poziom zdolności hedonicznej, nie zachodzi wzmocnienie satysfakcji odczuwanej w relacji i prawidłowych przekonań poprzez doświadczanie przyjemności (nasilają się przekonania o charakterze dysfunkcyjnym), co prowadzi do obniżenia poziomu funkcjonowania seksualnego. Istotne jest również to, że dysfunkcyjne przekonania na temat seksualności mogą wtórnie oddziaływać na zdolność hedoniczną, a także, np. poprzez niekorzystne porównania lub nierealne oczekiwania, obniżać satysfakcję odczuwaną w relacji.

6.4. Operacjonalizacja zmiennych

A. Funkcjonowanie seksualne - rozumiane jako sposób, w jaki człowiek przetwarza bodźce o charakterze seksualnym (Bancroft, 2011). Dotyczy przede wszystkim reaktywności seksualnej oraz zaspokajania swoich potrzeb w tym obszarze (Bancroft, 2011). Prawidłowe funkcjonowanie seksualne jest rozumiane jako brak trudności czy dysfunkcji seksualnych, które u kobiet ocenia się na sześciu płaszczyznach - pożądania, podniecenia, lubrykacji, satysfakcji, orgazmu i odczuwania bólu/dyskomfortu (Nowosielski i in., 2013).

Występowanie dysfunkcji seksualnych jest sygnałem nieprawidłowości w funkcjonowaniu seksualnym, stąd wskaźnikiem funkcjonowania seksualnego są wyniki skali Funkcjonowania Seksualnego Kobiet (FSFI, Rosen i in., 2000, w adaptacji Nowosielskiego i in., 2013), służącego do oceny funkcjonowania seksualnego i nasilenia dysfunkcji u kobiet. Im wyższe wyniki w poszczególnych obszarach, tym lepsze funkcjonowanie seksualne w tym zakresie. Niskie wyniki w poszczególnych domenach mogą wskazywać na występowanie objawów dysfunkcji seksualnych. Całościowe

funkcjonowanie seksualne oceniane jest na podstawie sum wyników poszczególnych domen - wyniki mieszczą się w zakresie od 2 do 36 punktów. Suma punktów równa lub niższa 26 świadczy o klinicznie istotnych objawach dysfunkcji seksualnych.

B. Zdolność hedoniczna - odnosi się do ogólnej zdolności do odczuwania przyjemności i nagradzania przyjemnymi bodźcami, a także ogólnej reaktywności na bodźce nagradzające (Pizzagalli i in., 2009; Thomas, Garland, 2017).

Badacze uważają, że zdolność hedoniczna może nie być jednolitym konstruktem, szczególnie z uwagi na etapowość odczuwania przyjemności potwierdzoną przez badania wykorzystujące technikę neuroobrazowania (Pizzagalli i in., 2009). Inne źródła wskazują, że zdolność hedoniczna to dziedziczna, stabilna, dyspozycyjna zdolność do odczuwania przyjemności w odpowiedzi na bodźce, które zazwyczaj są nagradzające (Bogdan, Pizzagalli, 2009; Meehl, 1987, 2001, za: Audrain-McGovern i in., 2012), co sugeruje, że zdolność hedoniczna może być traktowana jako stała cecha jednostki warunkująca umiejętność odczuwania przyjemności w ogóle.

Powyższe definicje zdolności hedonicznej i związanej z jej deficytem anhedonii nie odnoszą się do szczególnych rodzajów bodźców, stąd można przypuszczać, że może istnieć zgeneralizowana zdolność do odczuwania przyjemności, jak i zgeneralizowana na wszystkie źródła przyjemności anhedonia. Cykliczny model przyjemności oraz oparty na nim cykliczny model anhedonii również wskazują na występowanie - niezróżnicowanej na źródła bodźców przyjemności - zdolności hedonicznej.

W badaniu uwzględniono trzy typy zdolności hedonicznej, odnoszone za Berridgem i Kringelbachem (2011) do przyjemności podstawowych. Wybrane typy przyjemności są równoznaczne ze źródłami, z których przyjemność jest czerpana. Są to:

- **Zdolność hedoniczna sensoryczna** – zdolność odczuwania przyjemności w wyniku ocenianych pozytywnie bodźców sensorycznych, których źródłem są zmysły - słuch, wzrok, węch, smak i dotyk (Castro, Berridge, 2014)
- **Zdolność hedoniczna społeczna** – zdolność doświadczania przyjemności uzyskiwanej w wyniku interakcji społecznych z innymi ludźmi; dotyczy interakcji takich jak otrzymywanie pozytywnych informacji zwrotnych, sprawiedliwe traktowanie przez innych i współpraca z innymi (Eisenberger, Muscatell, 2013). Może wiązać się z przyjemnością oczekiwania na kontakty interpersonalne, a także z doświadczaniem przyjemności w jej trakcie (Gooding, Pflum, 2014). Dotyczy doświadczeń takich jak, wspólne spędzanie czasu czy aktywności z bliskimi

osobami, dzielenie się doświadczeniami i uczuciami oraz komunikowanie się osobiście lub zdalnie (Gooding, Pflum, 2014).

- **Zdolność hedoniczna seksualna** - obejmuje zdolność doświadczania pozytywnych odczuć, wynikające z bodźców seksualnych (Abramson, Pinkerton, 1995, za: Rye, Meaney, 2007). Może wynikać z różnych czynności, które obejmują podniecenie seksualne, stymulację narządów płciowych i/lub orgazm (Rye, Meaney, 2007). Przyjemność seksualna jest bardzo złożona i obejmuje doświadczenia fizyczne, poznawcze, emocjonalne (Goldey i in., 2016).

Wskaźnikami zdolności hedonicznej są wyniki kwestionariuszy mierzących przyjemność z poszczególnych źródeł - wyniki kwestionariusza TEPS - mierzącego satysfakcję i motywację do pozyskiwania przyjemności, kwestionariusz ACIPS, służący do pomiaru przyjemności płynących z interakcji społecznych oraz autorski kwestionariusz do pomiaru przyjemności czerpanej z aktywności seksualnej. Wysokie wyniki uzyskane we wszystkich skalach stanowią wskaźnik wysokiej zdolności hedonicznej, niskie natomiast stanowią wskaźniki anhedonii w poszczególnych obszarach.

C. Satysfakcja odczuwana w relacji - rozumiana jako poziom zadowolenia odczuwany z różnych aspektów związku, zarówno seksualnych, jak i pozaseksualnych. Na satysfakcję odczuwaną w relacji składa się satysfakcja seksualna, skupiająca się na doznaniach płynących z aktywności seksualnej realizowanej w relacji (Żak-Łyskus, Nawrat, 2013), a także satysfakcja z relacji, czyli poziom zadowolenia ze związku, obejmujący wzajemne zrozumienie, zaangażowanie, chęć trwania w związku oraz okazywanie sobie uczuć (Cieślak, 1989).

- **Satysfakcja seksualna** - jest subiektywnym wymiarem zdrowia seksualnego, związanym z poziomem poczucia jakości życia, zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz dobrostanem (Sánchez-Fuentes i in., 2014). W potocznym rozumieniu może być definiowana jako fizyczna przyjemność i doznanie w czasie aktu seksualnego (Żak-Łyskus, Nawrat, 2013). Satysfakcja seksualna jest subiektywną poznawczo-emocjonalną oceną zadowolenia z życia seksualnego (Janicka, 2008; Nomejko, Dolińska-Zygmunt, 2019). Brak satysfakcji prowadzi do obniżenia poczucia zadowolenia ze związku (Young i in., 2000; Henderson i in., 2009). Satysfakcja seksualna ma wiele definicji - może być rozumiana między innymi jako ogół satysfakcji fizycznej (przyjemność czerpana ze stosunków), satysfakcji emocjonalnej (więź emocjonalna z partnerem seksualnym) oraz

satysfakcji wynikającej z poczucia kontroli (oceny własnego wpływu na inicjowanie sytuacji seksualnej) (Davis i in., 2006) lub jako afektywna odpowiedź na subiektywną ocenę relacji seksualnej (Lawrence, Byers, 1995, za: Ilska i in., 2017) czy też skupiać się na indywidualnych i relacyjnych oraz seksualnych i pozaseksualnych aspektach relacji seksualnej (Meston, Trapnell, 2005). Wskaźnikiem satysfakcji seksualnej są wyniki uzyskane w Skali Satysfakcji Seksualnej Kobiet (SSS-W, Meston, Trapnell, 2005, w adaptacji Ilskiej, Przybyły-Basisty, Brandt, 2017) mierzącym zadowolenie z różnych aspektów relacji z partnerem seksualnym.

• **Zadowolenie z relacji** - stopień satysfakcji z pozostawania w obecnym związku. Może być rozumiana jako stopień przystosowania partnerów do siebie, w którego skład wchodzi satysfakcja, spójność, zgodność i ekspresja uczuciowości między partnerami (Cieślak, 1989, Cuenca Montesino i in., 2013). Konflikty partnerskie, które znacząco obniżają zadowolenie i odczuwaną satysfakcję z pozostawania w relacji stanowią jeden z kluczowych czynników modyfikujących zarówno występowanie dysfunkcji seksualnych, jak i reaktywność seksualną (Kossat, 2019). Za wskaźnik zadowolenia z relacji posłużą wyniki kwestionariusza DAS - zarówno wynik ogólny będący całościową oceną zadowolenia ze związku, jak i wyniki poszczególnych podskal dotyczących satysfakcji, zgodności, spójności oraz ekspresji uczuciowości.

D. Przekonania na temat seksualności - są to przekonania dotyczące aktywności seksualnej, roli seksualnej kobiet i mężczyzn, a także stereotypy na ten temat. Przekonania mogą być funkcjonalne, czyli sprzyjające prawidłowemu funkcjonowaniu seksualnemu i czerpania z niego satysfakcji, lub dysfunkcjonalne, które mogą negatywnie wpływać na seksualne funkcjonowanie (Oettingen, 2013) Dysfunkcjonalne przekonania uważane są za czynnik predysponujący do występowania dysfunkcji seksualnych i silnie się z nimi wiążą (Nobre, Pinto-Gouveia, 2006). U kobiet dysfunkcjonalne przekonania dotyczą przede wszystkim stereotypów na temat wyglądu, wieku, macierzyństwa, przyjemności, ról społecznych i seksualnych a także stereotypowo prawidłowych i nieprawidłowych aktywności seksualnych (Nobre i in., 2020).

Za wskaźnik przekonań dotyczących seksualności posłużą wyniki kwestionariusza SDBQ w wersji dla kobiet. Wskaźnikiem nasilenia dysfunkcjonalnych przekonań są wysokie wyniki zarówno w poszczególnych podskalach kwestionariusza, czyli podskali

seksualnego konserwatyizmu, popędu i przyjemności jako grzechu, przekonań związanych z wiekiem i związanych z obrazem ciała, przekonań dotyczących uczuciowości i dominującej roli macierzyństwa, jak i wynik ogólny skali (Nobre i in., 2003). Im wyższe wyniki, tym bardziej dysfunkcjonalne przekonania. Niskie wyniki można uznać za przejaw prawidłowych przekonań na temat seksualności (Nobre, Pinto-Gouveia, 2006a).

6.5. Metoda i narzędzia badawcze

W badaniu zostały wykorzystane samoopisowe metody kwestionariuszowe, a także dane uzyskane za pomocą pytań dotyczących statusu i stażu relacji, potomstwa, wykształcenia, subiektywnej oceny religijności, zdrowia psychicznego i somatycznego, posiadanej wiedzy na temat seksualności człowieka oraz przebytych operacji w obrębie narządów intymnych, które zostały zawarte w metryczce skonstruowanej na potrzeby badania.

A. Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI)

Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet jest narzędziem służącym do pomiaru nasilenia dysfunkcji seksualnych i oceny funkcjonowania seksualnego kobiet w perspektywie czterech tygodni (Rosen i in., 2000). Autorami polskiej adaptacji kwestionariusza FSFI utworzonej w 2013 roku są Nowosielski, Wróbel i Sioma-Markowska. Oryginał został opracowany przez Rosena i współpracowników (2000). FSFI składa się z 19 pytań tworzących 6 domen odpowiadających kategoriom dysfunkcji seksualnych wg Klasyfikacji DSM-IV-TR dotyczących **pożądania** (2 itemy), **podniecenia** (4 itemy), **lubrykacji** (4 itemy), **orgazmu** (3 itemy), **satysfakcji** (3 itemy) oraz **bólu związanego z aktywnością seksualną** (3 itemy) (Nowosielski i in., 2013). Część pytań punktowana jest od 0 do 5, a część na 5-stopniowej skali Likerta.

Ocena funkcjonowania seksualnego w każdej domenie jest możliwa po zsumowaniu punktów i podzielenia ich przez wskazany w kluczu współczynnik. Ostateczny zakres punktacji wynosi 0-6. Interpretując wyniki należy oprzeć się na następującej zasadzie – im wyższy wskaźnik punktowy, tym lepsze funkcjonowanie seksualne w danej domenie. Po zsumowaniu uzyskanych punktów otrzymuje się wynik ogólny mieszczący się w przedziale 2-36. Za wynik mogący sugerować występowanie istotnych klinicznie

dysfunkcji seksualnych uznaje się wartości równe lub mniejsze 26. Polska wersja skali charakteryzuje się satysfakcjonującą spójnością wewnętrzną ($\alpha > 0.70$) (Nowosielski i in., 2013).

B. Skala Satysfakcji Seksualnej Kobiet wersja skrócona (SSS-W-R15)

W badaniach użyto skróconej Skali Satysfakcji Kobiet opracowanej przez Ilską, Przybyłą-Basistę i Brandt w 2017 roku. Narzędzie to powstało na podstawie Skali Satysfakcji Seksualnej Kobiet autorstwa Meston i Trapnella (2005). SSS-W jest narzędziem, które do zagadnienia satysfakcji seksualnej podchodzi wieloaspektowo, uwzględniając specyfikę seksualnego funkcjonowania kobiet. W polskiej wersji skala składa się z trzech podskal dotyczących zadowolenia, komunikacji i dopasowania, pomijając dwa czynniki ujęte w wersji oryginalnej dotyczące dystresu – obawy osobiste i relacyjne (Ilska i in., 2017).

Skala w wersji polskiej (SSS-W-R15) zawiera 15 twierdzeń, które oceniane są na pięciostopniowej skali Likerta. Kwestionariusz umożliwia zbadanie kobiecej satysfakcji seksualnej w trzech obszarach, a także daje możliwość oszacowania globalnej satysfakcji seksualnej poprzez zsumowanie wyników uzyskanych w podskalach (Ilska i in., 2017). Wyodrębnione obszary to:

Czynnik 1 – **dopasowanie** (relacyjny aspekt satysfakcji seksualnej; ocena kompatybilności w sferze zgodności poziomu potrzeb seksualnych oraz preferencji i wartości) - wyjaśnia 49,44% całkowitej wariancji i składa się z 6 pozycji.

Czynnik 2 – **komunikacja** (relacyjny aspekt satysfakcji seksualnej; ocena umiejętności komunikacji partnerowi potrzeb, pragnień i preferencji seksualnych, sprzyja budowaniu bliskości i intymności) - wyjaśnia 7,84% wariancji całkowitej i mieści w sobie 4 pozycje.

Czynnik 3 – **zadowolenie** (rozumiane jako globalna ocena osobistej satysfakcji seksualnej) – wyjaśnia 6,46% wariancji całkowitej i obejmuje 5 pozycji.

Współczynnik wewnętrznej spójności dla polskiej wersji skali wynosił $\alpha=0,93$, a dla poszczególnych skal wahał się od 0,81 do 0,91.

C. Skala Jakości Związku Małżeńskiego (DAS)

Autorem polskiej adaptacji Skali Jakości Związku Małżeńskiego jest Cieślak (1989). Oryginalna wersja kwestionariusza została stworzona przez Spaniera (1976).

Skala DAS jest narzędziem stworzonym do oceny jakości życia małżeńskiego. Późniejsze walidacje i badania z jej użyciem wskazały, że skala jest odpowiednia do badania ludzi nie tylko w związkach małżeńskich, ale również kohabitujących i pozostających w innych relacjach nieformalnych, a także jest to narzędzie najczęściej stosowane do oceny jakości relacji (Graham i in., 2006; Graham i in., 2011, za: Cuenca Montesino i in., 2013).

DAS jest narzędziem samoopisowym o zróżnicowanej strukturze - składa się z 32 pozycji pytań i twierdzeń, które oceniane są na 5-, 6- lub 7-stopniowej skali Likerta a wynik całościowy mieści się w przedziale 0–151 (Cieślak, 1989). Narzędzie ma budowę czteroczynnikową. Czynniki tworzą podskale dotyczące **zgodności** (poziom porozumienia między partnerami w odniesieniu do istotnych dla związku spraw, 13 pozycji), **spójności** (zaangażowanie partnerów we wspólne sprawy życia codziennego, 5 pozycji), **satysfakcji** (rozumianej jako ogólna ocena zadowolenia ze związku i chęć pozostania w nim, 10 pozycji) oraz **ekspresji emocjonalnej** (okazywanie sobie uczuć i innych oznak przywiązania, 4 pozycje). W badaniu użyto skróconej wersji skali składającej się z 10 pytań budujących podskalę satysfakcji.

Współczynnik rzetelności dla poszczególnych podskal wynosił kolejno: 0,85; 0,78; 0,89; 0,67, a dla wyniku ogólnego, będącego całościową oceną jakości związku - 0,89.

D. Skala Czasowego Odczuwania Przyjemności (The Temporal Experience of Pleasure Scale - TEPS)

Autorami oryginalnej wersji skali są Gard, Gard, Kring i John (2006), a do polskich warunków została ona zaadaptowana przez Górnik-Durose z zespołem (2020).

Narzędzie służy do pomiaru konsumacyjnego i antycypacyjnego doznawania przyjemności. Skala składa się z 18 twierdzeń dotyczących przyjemnych doznań odczuwanych w różnych sytuacjach.

Kwestionariusz jest narzędziem samoopisowym i składa się z dwóch podskal dotyczących motywacji do poszukiwania przyjemności (podskala antycypacyjna, 10 pozycji) oraz satysfakcji z jej doświadczania (podskala koonsumacyjna, 8 pozycji) i odnosi się do przyjemności sensorycznej (Szczypiński, Gola, 2017). Twierdzenia zawarte w kwestionariuszu są oceniane przez osobę badaną na 6-stopniowej skali Likerta.

Właściwości psychometryczne polskiej wersji narzędzia są zadawalające. Rzetelność dla całej skali TEPS wyniosła α Cronbacha = 0,84 w jednym badaniu oraz 0,92 w drugim, natomiast dla poszczególnych podskal odpowiednio α Cronbacha = 0,81 i 0,90

dla podskali antycypacyjnej i 0,72 oraz 0,84 dla podskali konsumacyjnej (por. Górnik-Durose i in., 2020).

Z uwagi na to, że skala mierzy ton hedoniczny, niskie wyniki uzyskane w skali oznaczają niską zdolność odczuwania przyjemności, czyli wyższy poziom anhedonii.

E. Skala antycypacyjnej i konsumacyjnej przyjemności w relacjach interpersonalnych (Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale - ACIPS)

Autorkami oryginalnego kwestionariusza Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale są Gooding i Pflum (2014). Tłumaczenie oraz walidację narzędzia ACIPS przeprowadziła Górnik-Durose we współpracy z autorką skali Diane Gooding oraz Margaret A. Niznikiewicz, która dokonała tłumaczenia zwrotnego.

ACIPS jest narzędziem samoopisowym służącym do pomiaru przyjemności społecznej w jej **antycypacyjnym i konsumacyjnym** aspekcie. Narzędzie składa się z 17 twierdzeń ocenianych na 6-stopniowej skali Likerta. Oryginalna skala wyróżnia dwie podskale dotyczące antycypacyjnej i konsumacyjnej przyjemności, jednakże analiza czynnikowa wykazała strukturę trójczynnиковą (Gooding, Pflum, 2014). Czynniki te dotyczą **przyjemności społecznej odczuwanej w bliskich związkach, przyjemności społecznej wynikającej z relacji w grupie oraz przyjemności społecznej płynącej z nawiązywania relacji społecznych** (Gooding, Pflum, 2014).

Niskie wyniki w każdej z podskal mierzonych kwestionariuszem ACIPS wskazują na niską zdolność odczuwania przyjemności społecznej (w aspekcie motywacyjnym i satysfakcji) wynikającej z różnych źródeł, wskazując wyższy poziom trudności w odczuwaniu przyjemności (anhedonii) w tym zakresie.

F. Kwestionariusz Dysfunkcyjnych Przekonań Seksualnych w wersji dla kobiet (SDBQ-PL-K)

Kwestionariusz w oryginalnej wersji (SDBQ) został stworzony przez Nobre, Pinto-Gouveie i Gomesa (2003). Polska adaptacja narzędzia została przeprowadzona przez autorkę rozprawy we współpracy z Pedro Nobre. W badaniu wykorzystano wersję kwestionariusza dla kobiet składającą się z 40 pytań.

Kwestionariusz Dysfunkcyjnych Przekonań Seksualnych jest narzędziem samoopisowym służącym do pomiaru poziomu dysfunkcyjnych przekonań dotyczących seksualności, które uznawane są za wskaźnik podatności na rozwinięcie dysfunkcji seksualnych (Nobre, Pinto-Gouveia, 2006). Ocena twierdzeń polega na ustosunkowaniu się do pozycji na 5-stopniowej skali Likerta. Kwestionariusz ma budowę sześcioczynnikową - czynniki stanowią jednocześnie podskale kwestionariusza (w wersji dla kobiet czynniki wyjaśniają 43% całkowitej wariancji). Rzetelność wersji żeńskiej wynosiła $\alpha = 0,81$, a wskaźniki dla podskal mieściły się w przedziale 0,50 - 0,89 (Nobre i in., 2003).

Proces adaptacji kwestionariusza do polskich warunków obejmował translację, ocenę sędziów kompetentnych, badanie pilotażowe, tłumaczenie zwrotne, ponowną ocenę przez sędziów kompetentnych przy konsultacji z autorem oryginału oraz badania walidacyjne z wykorzystaniem ostatecznej wersji kwestionariusza przeprowadzone na grupie 478 respondentów.

Badania walidacyjne nad polską wersją SDBQ dla kobiet potwierdziły dopasowanie sześcioczynnikowej struktury oryginalnego kwestionariusza do danych (KMO MSA= 0,915; $\chi^2 = 5982,797$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,048; TLI = 0,921).

Wyróżnione czynniki, zgodnie z założeniami oryginalnej wersji, to:

- a) **seksualny konserwatyzm** (przykładowe stwierdzenia: *Masturbacja nie jest właściwą aktywnością seksualną dla szanującej się kobiety; Seks analny jest perwersją*),
- b) **popęd i przyjemność jako grzech** (*Seks jest brudny i grzeszny; Jest tylko jeden akceptowalny sposób uprawiania seksu – pozycja misjonarska*),
- c) **przekonania związane z wiekiem** (*Kobiety po menopauzie tracą pożądanie seksualne; Wraz z wiekiem maleje przyjemność czerpana z seksu przez kobiety*),
- d) **przekonania związane z obrazem ciała** (*Kobiety, które nie są atrakcyjne fizycznie, nie mogą osiągać satysfakcji seksualnej; Brzydka kobieta nie jest w stanie zaspokoić seksualnie swojego partnera*),
- e) **przekonania związane z rolą uczuć** (*Najważniejszym elementem seksu są wzajemne uczucia; Seks bez miłości jest jak jedzenie bez smaku*),
- f) **przekonania dotyczące dominującej roli macierzyństwa** (*Seks służy wyłącznie prokreacji; Najcudowniejsze emocje, jakich może doświadczyć kobieta, są związane z macierzyństwem*).

Współczynnik rzetelności polskiej adaptacji w wersji dla kobiet wynosił $\alpha = 0,92$, a dla poszczególnych podskal wahał się od 0,41 dla podskali przekonań związanych z macierzyństwem do 0,85 dla przekonań dotyczących grzeszności popędu i przyjemności. Nasilenie dysfunkcyjnych przekonań związanych z daną domeną obliczane są poprzez zsumowanie wyników pozycji należących do skali. Nie wszystkie pozycje kwestionariusza wchodzi w skład podskal, stąd w celu oceny ogólnego poziomu dysfunkcyjnych przekonań seksualnych należy zsumować wszystkie odpowiedzi. Wysokie wyniki kwestionariusza SDBQ mogą wskazywać na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia trudności w funkcjonowaniu seksualnym.

G. Kwestionariusz Przyjemności i Anhedonii Seksualnej (KPiAS) - narzędzie autorskie

Kwestionariusz Przyjemności i Anhedonii Seksualnej jest autorskim narzędziem stworzonym przez autorkę rozprawy we współpracy z promotorką. Służy do pomiaru przyjemności związanej z aktywnością seksualną, rozumianą jako każda forma seksu realizowana samemu lub z drugą osobą (partnerem seksualnym), czyli stosunków seksualnych z penetracją lub bez, pieszczot, masturbacji.

KPiAS zawiera 8 stwierdzeń dotyczących odczuwania przyjemności seksualnej. Osoba badana ustosunkowuje się do stwierdzeń poprzez nadanie im wartości z sześciostopniowej skali Likerta. Narzędzie pozwala określić ogólny poziom przyjemności seksualnej poprzez zsumowanie odpowiedzi wszystkich pozycji kwestionariusza. Niskie wyniki uzyskane w kwestionariuszu wskazują na występowanie trudności w odczuwaniu przyjemności seksualnej, czyli na anhedonię seksualną.

Tworzenie kwestionariusza zostało poprzedzone analizą literatury dotyczącej przyjemności płynącej z aktywności seksualnej i zagadnień związanych z doświadczaniem przyjemności seksualnej, a także analizą istniejących już narzędzi służących do pomiaru zadowolenia z aktywności seksualnej, satysfakcji i pożądania oraz anhedonii społecznej i sensorycznej. Analiza umożliwiła stworzenie wstępnej bazy, zawierającej 27 stwierdzeń. Przygotowana lista pozycji została oceniona przez zespół sędziów kompetentnych, w skład którego weszli psychologowie, seksuolodzy, psychiatry – zarówno badacze, jak i praktycy w tych dziedzinach. Zespół ocenił stwierdzenia pod kątem adekwatności, trafności, łatwości zrozumienia i użyteczności diagnostycznej. W rezultacie odrzucono stwierdzenia

o podobnym brzmieniu oraz stwierdzenia, które mogą być niezrozumiałe dla niespecjalistów i prowadzi do odpowiedzi niemających wartości diagnostycznej.

Otrzymana wersja kwestionariusza zawierała 22 stwierdzenia i została ponownie oceniona przez sędziów. Po ich akceptacji, w badaniach walidacyjnych wykorzystano 22-itemową wersję KPIAS. Z początkowej puli stwierdzeń, w wyniku serii eksploracyjnych i confirmacyjnych analiz czynnikowych wybrano osiem itemów, które złożyły się na ostateczną wersję kwestionariusza.

Walidacja przeprowadzona została na grupie 478 osób, w wieku od 18 do 65 lat (średnia wieku = 24,66; mediana= 23,00; odchylenie standardowe=6,39). Rozkład wieku był wyraźnie prawoskośny – dominowały osoby w wieku od 18 do 30 lat. W próbie była przewaga kobiet N=376 kobiet (78,66%). Wśród osób biorących udział w badaniu 25 osób miało wykształcenie podstawowe (5,23%), średnie wykształcenie zadeklarowało 138 osób (28,87%), a powyżej średniego 107 osób (22,38%). Wykształcenie wyższe miały 192 osoby, co stanowiło 40,17%. 16 osób zadeklarowało wykształcenie powyżej wyższego (3,35%).

Wskaźniki dopasowania do danych ostatecznej wersji 8-itemowej były w pełni satysfakcjonujące – $\chi^2 = 45,167$, $df=20$, $p=0,001$ ($\chi^2/df = 2,258$); GFI=0,997; CFI=0,997; RMSEA=0,051 [0,031 – 0,071]; SMRM=0,043. Rzetelność skali mierzona wskaźnikiem alfa Cronbacha wyniosła 0,84.

Tabela 3 *Korelacje pomiędzy wynikami kwestionariusza do pomiaru przyjemności seksualnej (KPiAS) a wynikami kwestionariuszy do pomiaru sensorycznej przyjemności (TEPS) i społecznej przyjemności (ACIPS)*

| | PRZYJEMNOŚĆ | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|--|---|
| | Antycypa - cyjna sensoryczna | Konsuma - cyjna sensoryczna | Antycypa - cyjna społeczna | Konsuma - cyjna społeczna | Społeczna w kontaktach intymnych | Społeczna w kontaktach grupowych | Społeczna z nawiązywania znajomości |
| Przyjemność seksualna | 0,30 *** | 0,37 *** | 0,21 *** | 0,22 *** | 0,23 *** | 0,22 *** | 0,16 ** |

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Wyniki, uzyskane w wersji 8-itemowej KPiAS, korelowały istotnie z wskaźnikami tonu hedonicznego, mierzonego kwestionariuszem TEPS i ACIPS (por. tabela 3). Wszystkie

badane aspekty przyjemności sensorycznej i społecznej były skorelowane pozytywnie z przyjemnością seksualną, choć miały one różną siłę – współczynniki mieściły się w przedziale od 0,16 dla przyjemności społecznej płynącej z nawiązywania znajomości do 0,37 dla przyjemności sensorycznej w aspekcie konsumacyjnym. Uzyskane wyniki świadczą o trafności skonstruowanego narzędzia.

6.6. Osoby badane

Z uwagi na tematykę, do badania zaproszono osoby pełnoletnie, które wyrażą chęć i zgodę na udzielenie odpowiedzi i wykorzystanie wyników w celach naukowych. Planowano, iż uczestniczkami badania będą kobiety w wieku 18-55 lat, które zadeklarują aktywność seksualną. Wybór przedziału wiekowego uzasadniony jest tym, że wraz z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo rozpoczęcia aktywności seksualnej przez uczestniczki, a jednocześnie zmniejsza się prawdopodobieństwo występowania dodatkowych czynników, występujących u kobiet po okresie menopauzalnym. Wprawdzie aktualne badania dotyczące wieku inicjacji seksualnej wskazują, że z roku na rok coraz młodsze dziewczęta podejmują aktywność seksualną - w badaniach Izdebskiego i współpracowników z 2017 wiek inicjacji wynosił 15,02 (SD=2,83), jednakże wraz z wiekiem rośnie samoświadomość kobiet dotycząca kontaktów seksualnych; z uwagi na tematykę badania grupa osób badanych zawężona została do dorosłych kobiet powyżej 18 roku życia. Istnieje wiele doniesień, na temat trudności w funkcjonowaniu seksualnym kobiet w okresie okołomenopauzalnym, a z seksualnością kobiet w okresie menopauzy związanych jest wiele mitów. Badania wskazują jednak, że między 45 a 55 rokiem życia (przypadającym na okres menopauzalny) zdecydowana większość kobiet jest aktywna seksualnie i ten obszar życia stanowi dla nich istotne źródło przyjemności i satysfakcji (Kremska, 2020).

6.7. Procedura

Badania prowadzone były w formie elektronicznej za pośrednictwem platformy elektronicznej Lime Survey. Zaproszenia do udziału w badaniach w formie elektronicznej zostały umieszczone na portalach społecznościowych w grupach zrzeszających kobiety z całej Polski, także grupach i formach dotyczących relacji i seksualności. Prośba o udział

w badaniu kierowana była do kobiet, które biologicznie i psychologicznie utożsamiają się z płcią żeńską. Z uwagi na tematykę badań mogły wziąć w nim udział jedynie kobiety pełnoletnie - deklaracja pełnoletności została umieszczona we wstępnej części ankiety wraz ze zgodą na udział w badaniu.

Prowadzenie badań z użyciem platformy elektronicznej motywowane było możliwością dotarcia do szerszej grupy badanych kobiet, zapewnieniem większego komfortu i anonimowości podczas udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące seksualności, a także pozwoliło na ujednoczenie sposobu uzyskiwania wypełnianych ankiet od respondentek.

Projekt badawczy został zaakceptowany przez Komisję Etyki Badań Naukowych Uniwersytetu Śląskiego (numer ewidencyjny opinii zgody: KEUS162/11.2021).

7. Wyniki badań własnych

7.1. Charakterystyka osób badanych

W badaniu wzięło udział 446 cis-płciowych kobiet będących w związku od co najmniej roku. Po usunięciu odpowiedzi kobiet, które z uwagi na trudności techniczne nie dokończyły całego zestawu kwestionariuszy, w analizach brano pod uwagę odpowiedzi 321 badanych.

Próba badawcza składała się z kobiet w wieku od 19 do 55 lat (średnia wieku wynosiła 29,7 lat, SD=8,49). Kobiety biorące udział w badaniu różniły się poziomem wykształcenia, orientacją psychoseksualną, rodzajem relacji i etapem życia rodzinnego. Część badanych kobiet miała doświadczenie zabiegu lub operacji w obrębie układu płciowego. Szczegółowe dane demograficzne grupy badanych kobiet przedstawia tabela 4.

Tabela 4 *Charakterystyka demograficzna*

| WYKSZTAŁCENIE | Liczba | Procent |
|--|--------|---------|
| podstawowe | 4 | 1.2 % |
| zasadnicze (zawodowe / branżowe) | 11 | 3.4 % |
| średnie | 112 | 34.9 % |
| wyższe | 194 | 60.4 % |
| ORIENTACJA | Liczba | Procent |
| wyłącznie heteroseksualna | 237 | 73.8 % |
| przeważająco heteroseksualna | 61 | 19.0 % |
| w równym stopniu heteroseksualna i homoseksualna | 12 | 3.7 % |
| przeważająco homoseksualna | 3 | 0.9 % |
| wyłącznie homoseksualna | 7 | 2.2 % |
| aseksualna | 1 | 0.3 % |
| OSOBA PARTNERSKA | Liczba | Procent |
| mężczyzna | 303 | 94.4 % |
| kobieta | 17 | 5.3 % |
| inna | 1 | 0.3 % |

| SFORMALIZOWANIE ZWIĄZKU | Liczba | Procent |
|---------------------------------------|--------|---------|
| związek niesformalizowany | 227 | 70.7 % |
| związek małżeński | 94 | 29.3 % |
| MIESZKANIE | Liczba | Procent |
| osobno | 110 | 34.3 % |
| wspólnie | 211 | 65.7 % |
| DZIECI | Liczba | Procent |
| brak dzieci | 225 | 70.1 % |
| dziecko lub dzieci | 96 | 29.9 % |
| OPERACJA | Liczba | Procent |
| brak operacji | 254 | 79.1 % |
| operacja w obrębie narządów płciowych | 67 | 20.9 % |

Większość kobiet biorąca udział w badaniu to kobiety heteroseksualne będące w związku z mężczyznami i pozostające w związkach kohabitacyjnych. Znaczna część grupy badanej to kobiety bezdzietne nie mające doświadczenia zabiegu ani operacji w obrębie narządów płciowych.

7.2. Opis statystyczny zmiennych

7.2.1. Funkcjonowanie seksualne

Funkcjonowanie seksualne stanowi zmienną zależną w przeprowadzonych badaniach. Wskaźnikiem funkcjonowania seksualnego są wyniki Indeksu Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI). Narzędzie to pozwala na ustalenie ogólnego poziomu funkcjonowania seksualnego oraz poziomu funkcjonowania w poszczególnych obszarach, takich jak pożądanie, podniecenie, lubrykacja, orgazm, satysfakcja i ból.

Wysokie wyniki uzyskane w kwestionariuszu wskazują na prawidłowe funkcjonowanie seksualne, niższe wyniki zarówno w ogólnym funkcjonowaniu seksualnym, jak i poszczególnych obszarach mogą świadczyć o występowaniu nieprawidłowości w tym zakresie. Wyniki poniżej lub równe wartości 26 w obszarze ogólnym funkcjonowania seksualnego wskazują na występowanie klinicznie istotnych objawów dysfunkcji seksualnych.

Tabela 5 Statystyki opisowe wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza FSFI

| | N | Średnia | SD | Min | Max | Skośność | Kurtoza | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------------|-----|---------|------|-----|-----|----------|---------|--------------|-------|----------|
| | | | | | | | | W | p | α |
| Pożądanie | 321 | 4,11 | 1,07 | 1,2 | 6 | -0,34 | 0,03 | 0,95 | <,001 | 0,85 |
| Podniecenie | 321 | 4,63 | 1,42 | 0 | 6 | -1,88 | 3,48 | 0,78 | <,001 | 0,94 |
| Lubrykacja | 321 | 4,94 | 1,54 | 0 | 6 | -1,98 | 3,30 | 0,70 | <,001 | 0,95 |
| Orgazm | 321 | 4,40 | 1,65 | 0 | 6 | -1,27 | 0,80 | 0,84 | <,001 | 0,93 |
| Satysfakcja | 321 | 4,87 | 1,15 | 0,8 | 6 | -1,20 | 1,26 | 0,87 | <,001 | 0,82 |
| Ból | 321 | 4,65 | 1,44 | 0 | 6 | -1,32 | 1,64 | 0,85 | <,001 | 0,92 |
| Funkcjonowanie ogólne | 321 | 27,60 | 6,51 | 2 | 36 | -1,74 | 3,19 | 0,83 | <,001 | 0,95 |

Rozkłady wyników są lewoskośne oraz leptokuryczne, co oznacza, że są przesunięte w stronę wyników wysokich oraz koncentrują się wokół średniej. Rozkład wyników w obszarze pożądanego funkcjonowania seksualnego jest najbardziej zbliżony do rozkładu normalnego, jednak istotne wyniki testu Shapiro-Wilka wskazują, że rozkłady wszystkich obszarów funkcjonowania seksualnego oraz wyniku ogólnego należy traktować jako rozkłady niespełniające założeń normalności.

Z uwagi na pojawienie się wyników uzyskiwanych przez badane kobiety w ogólnym obszarze funkcjonowania seksualnego, świadczące o występowaniu istotnych klinicznie objawów dysfunkcji seksualnych, przeprowadzono analizy porównawcze, by ocenić poziom funkcjonowania obu grup - kobiet osiągających wyniki świadczące o dysfunkcjach seksualnych oraz kobiet prawidłowo funkcjonujących seksualnie.

Wyniki analiz przedstawia tabela 6.

Tabela 6 *Różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet z istotnymi klinicznie dysfunkcjami seksualnymi oraz kobiet bez dysfunkcji*

| | Statystyka | p |
|-------------|------------|--------|
| Pożądanie | 5159 | < .001 |
| Podniecenie | 1809 | < .001 |
| Lubrykacja | 1708 | < .001 |
| Orgazm | 2557 | < .001 |
| Satysfakcja | 2737 | < .001 |
| Ból | 3240 | < .001 |

Przeprowadzony test różnic wykazał, że istnieją istotne różnice w zakresie wszystkich obszarów funkcjonowania seksualnego pomiędzy kobietami z istotnymi klinicznie objawami dysfunkcji seksualnych a kobietami bez klinicznie istotnych dysfunkcji.

Tabela 7 *Wyniki analiz porównawczych funkcjonowania seksualnego kobiet z istotnie klinicznymi objawami dysfunkcji seksualnych i bez dysfunkcji. Statystyki opisowe*

| | Grupa | N | Średnia | Mediana | SD | SE |
|-------------|--|-----|---------|---------|------|------|
| Pożądanie | bez dysfunkcji | 228 | 4.40 | 4.50 | 0.89 | 0.06 |
| | z klinicznie istotnymi objawami dysfunkcji | 93 | 3.39 | 3.60 | 1.12 | 0.12 |
| Podniecenie | bez dysfunkcji | 228 | 5.24 | 5.40 | 0.60 | 0.04 |
| | z klinicznie istotnymi objawami dysfunkcji | 93 | 3.14 | 3.60 | 1.71 | 0.18 |
| Lubrykacja | bez dysfunkcji | 228 | 5.61 | 6.00 | 0.57 | 0.04 |
| | z klinicznie istotnymi objawami dysfunkcji | 93 | 3.31 | 3.90 | 1.91 | 0.20 |
| Orgazm | bez dysfunkcji | 228 | 5.07 | 5.40 | 1.01 | 0.07 |
| | z klinicznie istotnymi objawami dysfunkcji | 93 | 2.77 | 3.20 | 1.80 | 0.19 |
| Satysfakcja | bez dysfunkcji | 228 | 5.32 | 5.60 | 0.71 | 0.05 |
| | z klinicznie istotnymi objawami dysfunkcji | 93 | 3.74 | 4.00 | 1.23 | 0.13 |
| Ból | bez dysfunkcji | 228 | 5.19 | 5.60 | 0.91 | 0.06 |
| | z klinicznie istotnymi objawami dysfunkcji | 93 | 3.32 | 3.60 | 1.63 | 0.17 |

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że u kobiet z istotnymi klinicznie objawami dysfunkcji seksualnych średnie poziomy funkcjonowania seksualnego we wszystkich badanych obszarach są istotnie niższe niż średnie poziomy funkcjonowania seksualnego kobiet bez klinicznie istotnych objawów dysfunkcji seksualnych.

Kobiety z klinicznie istotnym poziomem dysfunkcji seksualnych

Wyniki uzyskane w kwestionariuszu mierzącym poziom funkcjonowania seksualnego, pozwoliły na wyodrębnienie z badanej grupy kobiet podgrupę z istotnym klinicznie poziomem dysfunkcji seksualnych.

Istotne klinicznie objawy dysfunkcji seksualnych dotyczyły 93 kobiet w wieku 19–55 lat (średnia 29,21, SD=8,21).

Podstawowe dane demograficzne znajdują się w tabeli 8.

Tabela 8 *Dane demograficzne wśród kobiet z istotnymi klinicznie objawami dysfunkcji seksualnych*

| WYKSZTAŁCENIE | Liczba | Procent |
|--|---------------|----------------|
| podstawowe | 2 | 2.15 % |
| zasadnicze (zawodowe / branżowe) | 3 | 3.23 % |
| średnie | 34 | 36.56 % |
| wyższe | 54 | 58.06 % |
| ORIENTACJA | Liczba | Procent |
| wyłącznie heteroseksualna | 64 | 68.8 % |
| przeważająco heteroseksualna | 21 | 22.6 % |
| w równym stopniu heteroseksualna i homoseksualna | 4 | 4.3 % |
| przeważająco homoseksualna | 1 | 1.08 % |
| wyłącznie homoseksualna | 2 | 2.16 % |
| aseksualna | 1 | 1.08 % |
| OSOBA PARTNERSKA | Liczba | Procent |
| mężczyzna | 87 | 93.55 % |
| kobieta | 6 | 6.45 % |
| inna | 0 | 0 % |
| SFORMALIZOWANIE ZWIĄZKU | Liczba | Procent |
| związek niesformalizowany | 65 | 69.89 % |
| związek małżeński | 28 | 30.11 % |
| MIESZKANIE | Liczba | Procent |
| osobno | 27 | 29.9 % |

| | | |
|---------------------------------------|---------------|----------------|
| wspólnie | 66 | 70.1% |
| DZIECI | Liczba | Procent |
| brak dzieci | 69 | 74.2% |
| dziecko lub dzieci | 24 | 25.8% |
| OPERACJA | Liczba | Procent |
| brak operacji | 89 | 95.7% |
| operacja w obrębie narządów płciowych | 4 | 4.3% |

Wśród kobiet, które przejawiają objawy dysfunkcji seksualnych, większość stanowią kobiety heteroseksualne będące w związkach nieformalizowanych z mężczyznami, które mieszkają wspólnie z partnerem. Kobiety te w większości nie posiadają dzieci oraz nie mają doświadczenia zabiegu lub operacji w obrębie narządów płciowych. Są to w przeważającej liczbie osoby z wyższym wykształceniem. Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, że w zakresie przedstawionych cech demograficznych, kobiety z dysfunkcjami nie różnią się od grupy badanych kobiet bez dysfunkcji.

7.2.2. Zdolność hedoniczna

Wskaźnikiem zdolności hedonicznej są wyniki uzyskane w Skali antycypacyjnej i konsumacyjnej przyjemności w relacjach interpersonalnych (ACIPS), Skali Czasowego Odczuwania Przyjemności (TEPS) i Kwestionariuszu Przyjemności i Anhedonii Seksualnej (KPiAS). Narzędzia te służą do pomiaru odpowiednio społecznej, sensorycznej oraz seksualnej zdolności hedonicznej.

Kwestionariusz ACIPS oraz TEPS pozwalają na ustalenie poziomu zdolności hedonicznej w aspekcie motywacyjnym i konsumacyjnym, podczas gdy KPiAS wskazuje ogólny wynik seksualnej zdolności hedonicznej. ACIPS dodatkowo umożliwia ustalenie poziomu społecznej zdolności hedonicznej w kontaktach intymnych i grupowych, a także społecznej zdolności hedonicznej z nawiązywania znajomości. Wysokie wyniki uzyskane w kwestionariuszach są wskaźnikiem wysokiej zdolności hedonicznej w badanych aspektach, podczas gdy niskie wyniki mogą wskazywać na występowanie deficytów w tym zakresie, czyli anhedonii. Im niższy wynik uzyskany w kwestionariuszach, tym wyższy poziom anhedonii.

Tabela 9 Statystyki opisowe wyników uzyskanych za pomocą kwestionariuszy do pomiaru zdolności hedonicznej - TEPS, ACIPS i KPiAS

| Zdolność Hedoniczna | N | Średnia | SD | Min | Max | Skośność | Kurtoza | Shapiro-Wilk | | |
|-------------------------------------|-----|---------|------|-----|-----|----------|---------|--------------|-------|----------|
| | | | | | | | | W | p | α |
| Sensoryczna antycypacyjna | 321 | 43,83 | 8,48 | 17 | 60 | -0,44 | -0,09 | 0,98 | <,001 | 0,83 |
| Sensoryczna konsumpcyjna | 321 | 39,99 | 5,72 | 17 | 48 | -0,78 | 0,55 | 0,95 | <,001 | 0,72 |
| Społeczna antycypacyjna | 321 | 30,77 | 5,88 | 10 | 42 | -0,51 | 0,13 | 0,98 | <,001 | 0,73 |
| Społeczna konsumpcyjna | 321 | 38,46 | 8,43 | 15 | 54 | -0,52 | -0,14 | 0,97 | <,001 | 0,85 |
| Społeczna w kontaktach intymnych | 321 | 35,15 | 6,96 | 12 | 48 | -0,55 | 0,14 | 0,98 | <,001 | 0,77 |
| Społeczna w kontaktach grupowych | 321 | 17,71 | 4,24 | 4 | 24 | -0,47 | -0,32 | 0,96 | <,001 | 0,77 |
| Społeczna z nawiązywania znajomości | 321 | 21,38 | 4,53 | 9 | 30 | -0,43 | -0,02 | 0,98 | <,001 | 0,70 |
| Seksualna | 321 | 41,05 | 6,36 | 11 | 48 | -1,27 | 1,93 | 0,89 | <,001 | 0,77 |

Rozkłady analizowanych zmiennych są rozkładami lewoskośnymi, czyli wyniki przesunięte są w stronę wysokich w odniesieniu do wszystkich badanych aspektów zdolności hedonicznej. Kurtoza rozkładów zmiennych dotyczących zdolności hedonicznej sensorycznej antycypacyjnej, społecznej konsumpcyjnej, społecznej w kontaktach grupowych i społecznej z nawiązywania znajomości przyjmuje wartości ujemne, wskazując na rozkłady platykurtyczne. Rozkłady zmiennych dotyczących zdolności hedonicznej sensorycznej konsumpcyjnej, społecznej antycypacyjnej, społecznej w kontaktach intymnych oraz seksualnej zdolności hedonicznej mają kurtozę przyjmującą dodatnie wartości - są rozkładami leptokurtycznymi. Kurtoza rozkładu zmiennej seksualna zdolność hedoniczna jest znacząco wyższa od pozostałych kurtoz badanych zmiennych dotyczących zdolności hedonicznej, wskazując na to, że więcej wyników jest skoncentrowana wokół średniej, niż w przypadku pozostałych.

Wyniki testu normalności Shapiro-Wilka wskazują, że rozkłady badanych zmiennych istotnie odbiegają od rozkładu normalnego.

7.2.3. Satysfakcja odczuwana w relacji

Satysfakcja odczuwana w relacji jest złożona ze zmiennych dotyczących seksualnych i pozaseksualnych aspektów relacji. Wskaźnikami satysfakcji odczuwanej w relacji są wyniki uzyskane w narzędziach: Skala Satysfakcji Seksualnej Kobiet (SSS-W-R15) oraz Skala Jakości Związku Małżeńskiego (DAS). Kwestionariusz SSS-W-R15 umożliwia określenie poziomu satysfakcji z takich obszarów satysfakcji z relacji seksualnej jak zadowolenie, satysfakcja, dopasowanie, a także poziomu ogólnej satysfakcji seksualnej, podczas gdy DAS pozwala określić ogólny poziom zadowolenia z relacji (w pozaseksualnych aspektach).

Wyższe wyniki uzyskiwane w kwestionariuszach wskazują na wyższy poziom satysfakcji odczuwanej w relacji.

Tabela 10 *Statystyki opisowe wyników uzyskanych za pomocą kwestionariuszy do pomiaru satysfakcji odczuwanej w relacji SSS-W i DAS*

| | N | Średnia | SD | Min | Max | Skośność | Kurtoza | Shapiro-Wilk | | |
|----------------------------------|-----|---------|-------|-----|-----|----------|---------|--------------|-------|----------|
| | | | | | | | | W | p | α |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | 321 | 17,8 | 5,15 | 5 | 25 | -0,42 | -0,70 | 0,95 | <,001 | 0,82 |
| Komunikacja w relacji seksualnej | 321 | 16,1 | 4,02 | 4 | 20 | -1,02 | 3,99 | 0,87 | <,001 | 0,83 |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | 321 | 23,7 | 6,16 | 6 | 30 | -0,91 | 0,05 | 0,89 | <,001 | 0,90 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | 321 | 57,7 | 13,42 | 19 | 75 | -0,69 | -0,18 | 0,94 | <,001 | 0,93 |
| Zadowolenie z relacji | 321 | 34,17 | 4,05 | 15 | 44 | -0,99 | 1,46 | 0,94 | <,001 | 0,88 |

Rozkłady badanych zmiennych są rozkładami lewoskośnymi – wyniki przesunięte są w kierunku wysokich. Zmienne dotyczące komunikacji w relacji seksualnej, dopasowania w relacji seksualnej oraz satysfakcji w relacji mają rozkłady leptokurtyczne świadczące o niewielkim rozproszeniu uzyskanych wyników, podczas gdy kurtoza rozkładów zmiennych dotyczących zadowolenia z relacji seksualnej oraz ogólnej satysfakcji seksualnych przyjmuje wartości ujemne (rozkłady tych zmiennych są

platykurtyczne) wskazując na większe niż w rozkładach normalnych rozproszenie wyników. Istotne wyniki testu normalności Shapiro-Wilka każą odrzucić hipotezę o normalności rozkładu badanych zmiennych.

7.2.4. *Dysfunkcjonalne przekonania o seksualności*

Wskaźnikami dysfunkcjonalnych przekonań o seksualności są wyniki Kwestionariusza Dysfunkcjonalnych Przekonań Seksualnych (SDBQ). Kwestionariusz SDBQ pozwala na określenie ogólnego poziomu nasilenia dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności, a także poziomu nasilenia dysfunkcjonalnych przekonań w poszczególnych kategoriach związanych z seksualnością i funkcjonowaniem seksualnym kobiet. Wysokie wyniki uzyskiwane w kwestionariuszu wskazują na duże nasilenie dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności - wysokie poziomy zmiennych należy uznać za zwiększenie ryzyka występowania trudności w funkcjonowaniu seksualnym. Niskie wyniki zarówno w ogólnym poziomie dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności, jak i poszczególnych kategoriach przekonań mogą świadczyć o bardziej prawidłowym funkcjonowaniu seksualnym.

Tabela 11 *Statystyki opisowe wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza do pomiaru dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności SDBQ*

| | N | Średnia | SD | Min | Max | Skośność | Kurtoza | Shapiro-Wilk | | |
|--|-----|---------|------|-----|-----|----------|---------|--------------|-------|----------|
| | | | | | | | | W | p | α |
| Przekonania konserwatywne | 321 | 13,07 | 5,13 | 9 | 39 | 1,94 | 3,94 | 0,76 | <,001 | 0,83 |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | 321 | 7,15 | 2,93 | 6 | 24 | 3,63 | 13,53 | 0,45 | <,001 | 0,89 |
| Przekonania związane z wiekiem | 321 | 8,39 | 3,38 | 5 | 23 | 1,30 | 1,78 | 0,87 | <,001 | 0,76 |
| Przekonania związane z obrazem ciała | 321 | 4,72 | 1,87 | 4 | 17 | 3,40 | 12,61 | 0,45 | <,001 | 0,81 |
| Przekonania o podrzędności uczuć | 321 | 13,99 | 2,46 | 9 | 24 | 0,52 | 0,53 | 0,97 | <,001 | 0,63 |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | 321 | 7,01 | 2,41 | 4 | 16 | 0,75 | 0,33 | 0,93 | <,001 | 0,40 |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----|-------|-------|----|-----|------|------|------|-------|------|
| Ogólny poziom dysfunkcyjnych przekonań | 321 | 54,34 | 13,93 | 38 | 135 | 2,44 | 7,59 | 0,75 | <,001 | 0,90 |
|--|-----|-------|-------|----|-----|------|------|------|-------|------|

Zarówno skośność, jak i kurtoza rozkładów badanych zmiennych przyjmuje wartości dodatnie, wskazujące na prawoskośność rozkładów (przesunięcie w kierunku wyników niskich) oraz ich leptokurtyczność (koncentracja wyników wokół średniej). Szczególnie wysokie dodatnie wartości przyjmuje kurtoza rozkładów zmiennych dotyczących dysfunkcyjnych przekonań o grzeszności przyjemności oraz związanych z obrazem ciała, a także ogólnego poziomu dysfunkcyjnych przekonań. Wartości testu Shapiro-Wilka dla rozkładów zmiennych dotyczących nasilenia dysfunkcyjnych przekonań seksualnych wskazują na to, że rozkłady istotnie odbiegają od normalnego.

7.3. Odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikacja hipotez

7.3.1. Czy istnieje ogólna zdolność hedoniczna czy zdolność doświadczanie przyjemności odnosi się do poszczególnych sfer funkcjonowania człowieka (zmysłowej, seksualnej, społecznej)

Zależności pomiędzy zdolnością hedoniczną w sferze sensorycznej, społecznej i seksualnej

W celu sprawdzenia prawdziwości hipotezy dotyczącej występowania silnych korelacji pomiędzy różnymi rodzajami zdolności hedonicznej (H1) przeprowadzono analizę korelacji zdolności hedonicznych w sferze sensorycznej, społecznej i seksualnej. Wyniki przeprowadzonej analizy przedstawia tabela 12.

Tabela 12 Wyniki analiz korelacyjnych dotyczących przyjemności (współczynnik rho Spearmana)

| Zdolność hedoniczna | Antycypacyjn. sensoryczna | Konsumacyjna sensoryczna | Seksualna |
|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------|
| Antycypacyjna sensoryczna | – | – | 0,19 *** |
| Konsumacyjna sensoryczna | 0,50 *** | – | 0,22 *** |
| Antycypacyjna społeczna | 0,49 *** | 0,24 *** | 0,1 |
| Konsumacyjna społeczna | 0,51 *** | 0,27 *** | 0,14 ** |
| Spółeczna w kontaktach intymnych | 0,47 *** | 0,25 *** | 0,13 * |
| Spółeczna w kontaktach grupowych | 0,49 *** | 0,22 *** | 0,11 |
| Spółeczna z nawiązywania znajomości | 0,47 *** | 0,30 *** | 0,14 * |
| Seksualna | 0,19 *** | 0,22 *** | 0,1 |

p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001

Analiza wykazała, iż korelacje pomiędzy różnymi aspektami zdolności hedonicznej w badanych sferach są pozytywne, w większości istotne statystycznie, ale mają różną siłę. Powiązania pomiędzy zdolnością hedoniczną w sferze sensorycznej a zdolnością hedoniczną w sferze społecznej są istotnie pozytywne. Najśłabszy związek pomiędzy społeczną i sensoryczną sferą zdolności hedonicznej występuje pomiędzy sensoryczną zdolnością hedoniczną w aspekcie konsumacyjnym a społeczną zdolnością hedoniczną w kontaktach grupowych ($\rho=0,22$; $p<0,001$), a najsilniejszy pomiędzy społeczną zdolnością hedoniczną w aspekcie antycypacyjnym, a społeczną zdolnością hedoniczną w kontaktach intymnych ($\rho=0,90$; $p<0,001$). Wysokie wskaźniki istotnych korelacji występują między różnymi aspektami społecznej zdolności hedonicznej ($0,72 \leq \rho \leq 0,90$; $p<0,001$).

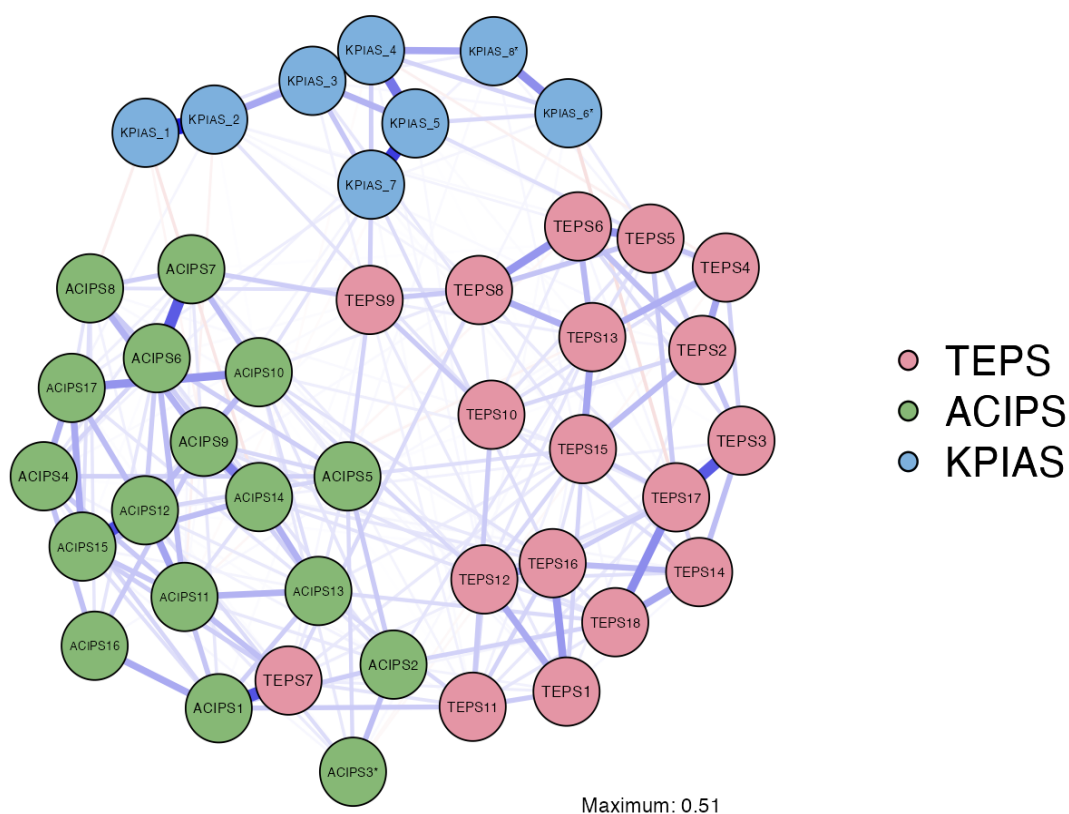
Seksualna zdolność hedoniczna istotnie związana jest z oboma aspektami - antycypacyjnym i konsumacyjnym - sensorycznej zdolności hedonicznej oraz społeczną zdolnością hedoniczną w aspekcie konsumacyjnym oraz społeczną zdolnością hedoniczną w kontaktach intymnych i z nawiązywania kontaktów. Korelacje pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a społeczną zdolnością hedoniczną w tych aspektach są związkami o słabej sile i istotności na poziomie $p < 0,05$. Związki seksualnej zdolności hedonicznej z aspektem konsumacyjnym społecznej zdolności hedonicznej oraz społecznej zdolności hedonicznej z kontaktów grupowych nie są istotne statystycznie.

Aby dokonać bardziej szczegółowej analizy powiązań pomiędzy różnymi aspektami zdolności hedonicznej, przeprowadzono analizę sieciową. Analizy sieciowe znajdują zastosowanie w psychologii klinicznej oraz psychologii zdrowia dając nowy wgląd w interakcje pomiędzy zmiennymi (por. Bringmann i in., 2016, Borsboom, 2017, za: Hevey, 2018; Leme i in., 2020). Umożliwiają one analizę strukturę sieci zmiennych, zwanych modelami sieciowymi, w których można wyróżnić zmienne nazywane węzłami (*node*) oraz szacowane relacje między nimi, czyli krawędzie sieci (*edge*). W sieciach psychologicznych węzły mogą reprezentować różne zmienne psychologiczne (np. postawy, poznanie, nastroje, objawy, zachowania, pojedynczą pozycję ze skali, podskali), podczas gdy krawędzie nieznane relacje statystyczne (np. korelacje, relacje predykcyjne), które można oszacować na podstawie danych (Hevey, 2018, Borsboom i in., 2021). Krawędzie przekazują informacje o kierunku i sile związku między węzłami: krawędzie, tak jak relacje, mogą być dodatnie lub ujemna (np. dodatnia/ujemna korelacja); kolor krawędzi niesie informacje o kierunku relacji (pozytywne relacje są zazwyczaj zaznaczane na niebiesko lub zielono, a ujemne relacje są w kolorze czerwonym); krawędzie mogą być ważne lub nieważne (ważona krawędź odzwierciedla siłę związku między węzłami poprzez zmianę grubości i nasycenia koloru krawędzi łączącej węzły: grubsze, gęstsze kolorowe linie wskazują na silniejsze zależności; Hevey, 2018). Liczba węzłów odpowiada liczbie zmiennych użytych w analizie, a węzły tego samego koloru wskazują nadrzędną grupę, do których należą zmienne. Miarą siły połączeń między węzłami jest rzadkość (*sparsity*). Przyjmuje ona wartości z przedziału od 0 do 1, gdzie im większa rzadkość, tym słabiej połączona sieć.

W prezentowanych badaniach wprowadzono do analizy wszystkie pozycje kwestionariuszy, badających różne aspekty zdolności hedonicznej - TEPS dla sensorycznej zdolności hedonicznej, ACIPS dla społecznej zdolności hedonicznej i KPiAS dla seksualnej zdolności hedonicznej. Wyniki przedstawia rysunek 4.

Tabela 13 Podsumowanie charakterystyk sieci powiązań

| Liczba węzłów | Liczba istotnych krawędzi | Rzadkość |
|---------------|---------------------------|----------|
| 43 | 260 / 903 | 0.712 |



Rysunek 4 Struktura sieci powiązań pomiędzy zdolnościami hedonicznymi: sensoryczną (TEPS), społeczną (ACIPS) oraz seksualną (KPIAS)

Uzyskana struktura obrazuje poszczególne obszary zdolności hedonicznej i uwydatnia rozróżnienie pomiędzy zdolnościami hedonicznymi, jednocześnie ukazując powiązania między nimi o różnej sile. Rzadkość na poziomie 0,712, wskazuje na wyraźne odchylenie zmiennych od w pełni skorelowanej sieci. Jak widać, pozycje należące do poszczególnych skal, mierzących różne aspekty zdolności hedonicznej są ze sobą stosunkowo silnie powiązane i wchodzą w słabsze relacje z pozycjami z innych skal. Jedyny wyjątek, to item nr 7 ze skali TEPS („Z przyjemnością myślę o wyjściu „na miasto” z przyjaciółmi i znajomymi (do kawiarni, restauracji, pubu, itp.).”) – w treści swej odnoszący się do przyjemności społecznej, który znalazł się wśród itemów ze skali ACIPS.

Zarówno wyniki analiz korelacyjnych dotyczące powiązań pomiędzy zdolnościami hedonicznymi, których wyniki przedstawione zostały w tabeli 13, jak i analiza sieciowa wskazują, że wprawdzie poszczególne aspekty zdolności hedonicznej są ze sobą powiązane, co mogłoby wskazywać na istnienie ogólnej zdolności hedonicznej, jednakże

wskaźniki poszczególnych aspektów zdolności hedonicznej tworzą wyraźnie wyodrębnione obszary, co może wskazywać na względną niezależność.

Teoretyczne doniesienia na temat zdolności hedonicznej, jako wielowymiarowego konstruktów mieszczącego w sobie różne rodzaje i obszary przyjemności, będącego mechanizmem nadrzędnym, względem doświadczania przyjemności w różnych sferach, uzasadniają konieczność przeprowadzenia analiz confirmacyjnych. Analizy te mają na celu potwierdzenie, czy wynikający z teorii model zakładający istnienie czynnika wyższego rzędu jest najlepiej dopasowany do uzyskanych wyników.

W przeprowadzonej confirmacyjnej analizie czynnikowej przetestowano trzy modele:

1. Model jednoczynnikowy, zakładający istnienie ogólnej zdolności hedonicznej bez wyrazistych obszarów doświadczania przyjemności,
2. Model trójczynnikowy z czynnikiem wyższego rzędu, odpowiadającym ogólnej zdolności hedonicznej,
3. Model trójczynnikowy, bez czynnika wyższego rzędu, zakładający skorelowanie trzech czynników, odpowiadających sensorycznej (TEPS), społecznej (ACIPS) i seksualnej (KPiAS) zdolności hedonicznej.

Wyniki przeprowadzonych analiz zamieszczone zostały w tabeli.

Tabela 14 Wyniki czynnikowej analizy confirmacyjnej (CFA) dla modelu jednoczynnikowego, modelu trójczynnikowego z istnieniem czynnika wyższego rzędu oraz modelu trójczynnikowego ze skorelowanymi czynnikami

| | chi ² | df | CFI | NNFI | RMSEA | SRMR |
|--|------------------|-----|-------|-------|--------------------------|-------|
| model jednoczynnikowy | 6444,042 | 860 | 0,828 | 0,819 | 0,142 [0,139 - 0,146] | 0,137 |
| model trójczynnikowy z czynnikiem wyższego rzędu | 2118,979 | 857 | 0,753 | 0,740 | 0,068 [0,064 - 0,071] | 0,076 |
| model trójczynnikowy ze skorelowanymi czynnikami | 2474,942 | 857 | 0,950 | 0,947 | 0,077 [0,073 - 0,080] | 0,087 |

Wyniki czynnikowych analiz confirmacyjnych wskazują, że model trójczynnikowy ze skorelowanymi czynnikami jest najlepiej dopasowany do danych.

Przeprowadzone analizy pozwalają na weryfikację postawionych hipotez dotyczących natury zdolności hedonicznej i doświadczania przyjemności w poszczególnych sferach funkcjonowania człowieka.

Hipoteza (H1) dotycząca silnych korelacji pomiędzy zdolnościami hedonicznymi została częściowo potwierdzona - większość aspektów sensorycznej, społecznej i seksualnej zdolności hedonicznej jest ze sobą istotnie związanych, a relacje między nimi mają charakter umiarkowanych i silnych korelacji. Chciaż sensoryczna i społeczna zdolność hedoniczna jest ze sobą istotnie powiązana, związki seksualnej zdolności hedonicznej z antycypacyjnym aspektem społecznej zdolności hedonicznej oraz społeczną zdolnością hedoniczną z kontaktów grupowych nie są statystycznie istotne. Oznacza to, że między poszczególnymi rodzajami zdolności hedonicznej zachodzą pozytywne korelacje o różnej sile (słabe, umiarkowane i silne), jednak nie wszystkie są statystycznie istotne. Porównanie wyników czynnikowej analizy confirmacyjnej pozwala odrzucić hipotezę (H2) mówiącą o obecności nadrzędnego czynnika - ogólnej zdolności hedonicznej, determinującej odczuwanie przyjemności w różnych sferach. Wyniki nie wskazują jednoznacznie na istnienie nadrzędnej ogólnej zdolności hedonicznej. Najlepiej dopasowany model ma trzy czynniki, odpowiadające poszczególnym zdolnościom hedonicznym, które są ze sobą skorelowane. Znaczą to, że zdolność doświadczania przyjemności może się różnić w zależności od sfery, której dotyczy – zdolność do czerpania przyjemności ze stymulacji sensorycznej niekoniecznie musi implikować zdolność czerpania przyjemności z kontaktów społecznych i seksualnych i *vice versa*.

7.3.2. Jakie są związki pomiędzy funkcjonowaniem w sferze seksualnej, zdolnością hedoniczną, przekonaniami na temat seksualności, zadowolenie z relacji i satysfakcją seksualną?

Zależności pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym a sensoryczną, seksualną i społeczną zdolnością hedoniczną

Tabela 15 Korelacje (współczynniki rho Spearmana) zdolności hedonicznej i funkcjonowania seksualnego

| | Zdolność hedoniczna | | | | | | | Seksualna |
|-----------------------|---------------------|---------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| | Sensoryczna A | Sensoryczna K | Społeczna A | Społeczna K | Społeczna WKI | Społeczna WKG | Społeczna ZNZ | |
| Pożądanie | 0,21 *** | 0,09 | 0,04 | 0,12 * | 0,09 | 0,08 | 0,08 | 0,38 *** |
| Podniecenie | 0,17 *** | 0,12 * | 0,08 | 0,11 | 0,11 | 0,07 | 0,12 * | 0,51 *** |
| Lubrykacja | 0,11 | 0,1 | 0,06 | 0,08 | 0,08 | 0,04 | 0,10 | 0,39 *** |
| Orgazm | 0,10 | 0,13 * | 0,1 | 0,1 | 0,10 | 0,09 | 0,12 * | 0,40 *** |
| Satysfakcja | 0,18 ** | 0,11 | 0,07 | 0,07 | 0,1 | 0,04 | 0,07 | 0,37 *** |
| Ból | 0,1 | 0,1 | -0,02 | 0,01 | 0,01 | -0,01 | -0,01 | 0,4 *** |
| Ogólne funkcjonowanie | 0,2 *** | 0,17 ** | 0,1 | 0,13 * | 0,12 * | 0,09 | 0,13 * | 0,57 *** |

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Objaśnienia

A – antycypacyjna

K – konsumacyjna

WKI – w kontaktach intymnych (społeczna zdolność hedoniczna)

WKG – w kontaktach grupowych (społeczna zdolność hedoniczna)

ZNZ – z nawiązywania znajomości (społeczna zdolność hedoniczna)

Przeprowadzone analizy korelacyjne wykazały, że istnieją istotnie statystycznie związki pomiędzy różnymi aspektami zdolności hedonicznej a wymiarami funkcjonowania seksualnego. Antycypacyjny aspekt tonu hedonicznego wiąże się pozytywnie z takimi obszarami funkcjonowania jak pożądanie, podniecenie, satysfakcja oraz ogólny wskaźnik funkcjonowania seksualnego. Korelacje te są słabe, choć istotne statystycznie.

Konsumpcyjny aspekt tonu hedonicznego wiąże się pozytywnie z podnieceniem, doświadczaniem orgazmu oraz ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania seksualnego. Są to istotne statystycznie korelacje o słabej sile. Konsumpcyjny aspekt społecznej przyjemności wiąże się pozytywnie z obszarem funkcjonowania seksualnego dotyczącym pożądanego oraz ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania seksualnego - są to istotne statystycznie korelacje

o słabej sile. Związki przyjemności społecznej są istotne z funkcjonowaniem seksualnym także w obszarach poszczególnych interakcji społecznych. Przyjemność odczuwana w intymnych interakcjach społecznych jest związana z ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania seksualnego, a przyjemność odczuwana w wyniku nawiązywania kontaktów społecznych wiąże się dodatnio z podnieceniem, doświadczeniem orgazmu oraz ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania seksualnego. Są to istotne statystycznie związki o słabej sile. Przyjemność seksualna wiąże się istotnie z ogólnym wskaźnikiem oraz wszystkimi obszarami funkcjonowania seksualnego - są to związki dodatnie o sile umiarkowanej. Brak istotnie statystycznych związków pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym a antycypacyjnym aspektem społecznej przyjemności oraz przyjemności z grupowych interakcji społecznych.

Przeprowadzone analizy korelacji związków między zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym umożliwiają weryfikację założonych hipotez badawczych. Hipoteza (H3) mówiąca o pozytywnych związkach między funkcjonowaniem seksualnym a wszystkimi aspektami zdolności hedonicznej została potwierdzona częściowo. Założenie to jest prawdziwe dla ogólnego poziomu funkcjonowania seksualnego i większości aspektów zdolności hedonicznej (z wyłączeniem aspektów społecznej zdolności hedonicznej dotyczących antycypacji przyjemności oraz kontaktów grupowych). Związki poszczególnych obszarów funkcjonowania seksualnego z hedonicznymi zdolnościami są bardziej zróżnicowane. Potwierdzona całkowicie została natomiast hipoteza (H4) zakładająca, że spośród różnych badanych aspektów przyjemności, seksualna zdolność hedoniczna i funkcjonowanie seksualne są ze sobą najsilniej związane. Hipoteza (H5) wskazująca na występowanie najsilniejszego związku pomiędzy zdolnością hedoniczną a obszarem funkcjonowania seksualnego związanego z doświadczaniem orgazmu nie została potwierdzona. Wyniki pokazują, że dla seksualnej zdolności hedonicznej związek z orgazmem jest istotny i najsilniejszy w porównaniu z innymi rodzajami zdolności hedonicznej, jednak inne obszary funkcjonowania seksualnego wchodzą z seksualną zdolnością hedoniczną w związki silniejsze (podniecenie) lub równie silne (lubrykacja, pożądanie, ból).

Związek pomiędzy satysfakcją seksualną a zadowoleniem z relacji

Tabela 16 Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy satysfakcją seksualną a zadowoleniem z relacji

| | Zadowolenie z relacji seksualnej | Komunikacja w relacji seksualnej | Dopasowanie w relacji seksualnej | Ogólna satysfakcja seksualna |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Zadowolenie z relacji | 0,46 *** | 0,32 *** | 0,46 *** | 0,47 *** |

*** $p < ,001$

Korelacje pomiędzy satysfakcją z relacji (z relacyjnych aspektów związku) a satysfakcją seksualną (seksualnego aspektu związku) są pozytywne i istotne statystycznie. Korelacje te są najsilniejsze dla związków zadowolenia z relacji i zadowolenia z relacji seksualnej, dopasowania w relacji seksualnej i ogólnej satysfakcji seksualnej. Nieco słabszy związek istnieje między zadowoleniem z relacji a komunikacją w relacji seksualnej.

Wyniki przeprowadzonej analizy pozwalają potwierdzić hipotezę (H6) mówiącą o pozytywnych korelacjach pomiędzy zadowoleniem ze związku (relacyjnych aspektów związku) a poziomem satysfakcji seksualnej (seksualnego aspektu związku).

Zależności pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym a satysfakcją odczuwaną w relacji - satysfakcja seksualna i zadowoleniem z relacji

Tabela 17 Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy satysfakcją odczuwaną w relacji a funkcjonowaniem seksualnym

| | Satysfakcja odczuwana w relacji | | | | |
|-------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Zadowolenie z relacji seksualnej | Komunikacja w relacji seksualnej | Dopasowanie w relacji seksualnej | Ogólna satysfakcja seksualna | Zadowolenie z relacji |
| Pożądanie | 0,23 *** | 0,08 | 0,18 ** | 0,20 *** | 0,04 |
| Podniecenie | 0,61 *** | 0,35 *** | 0,43 *** | 0,54 *** | 0,29 *** |
| Lubrykacja | 0,45 *** | 0,29 *** | 0,36 *** | 0,43 *** | 0,25 *** |
| Orgazm | 0,50 *** | 0,31 *** | 0,41 *** | 0,48 *** | 0,21 *** |

| | | | | | |
|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Satysfakcja | 0,80 *** | 0,55 *** | 0,67 *** | 0,79 *** | 0,44 *** |
| Ból | 0,31 *** | 0,17 ** | 0,29 *** | 0,31 *** | 0,15 ** |
| Ogólne funkcjonowanie | 0,67 *** | 0,41 *** | 0,53 *** | 0,63 *** | 0,32 *** |

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Związki pomiędzy satysfakcją odczuwaną w relacji (satysfakcją seksualną i zadowoleniem z relacji) różnymi obszarami funkcjonowania seksualnego są pozytywne - wraz ze wzrostem satysfakcji odczuwanej w relacji rośnie poziom funkcjonowania seksualnego. Korelacje satysfakcji seksualnej odczuwanej w relacji - we wszystkich aspektach - są istotne dla funkcjonowania seksualnego w obszarze podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji, bólu oraz ogólnego funkcjonowania seksualnego.

Najsilniejsze korelacje zachodzą pomiędzy obszarem satysfakcji funkcjonowania seksualnego a zadowoleniem z relacji seksualnej i ogólną satysfakcją seksualną. Związki pomiędzy pozostałymi obszarami satysfakcji seksualnej - komunikacją i dopasowaniem - a obszarem satysfakcji funkcjonowania seksualnego są nieco słabsze, choć i tak relatywnie silne. Korelacje pomiędzy zadowoleniem z relacji (pozaseksualnymi aspektami satysfakcji odczuwanej w relacji) a obszarami funkcjonowania seksualnego - podnieceniem, lubrykacją, orgazmem, satysfakcją, bólem oraz ogólnym funkcjonowaniem seksualnym są związkami o średniej sile. Obszar funkcjonowania seksualnego związanego z pożądaniem związany jest istotnie z zadowoleniem z relacji seksualnej, dopasowaniem w relacji seksualnej oraz ogólną satysfakcją seksualną. Są to korelacje o słabej sile. Związki pożądania z komunikacją w relacji seksualnej oraz zadowoleniem z relacji (pozaseksualnych aspektów związku) nie są istotne.

Wyniki przeprowadzonych analiz umożliwiają weryfikację hipotez badawczych i przyjęcie każdej z nich. Zarówno hipoteza (H7) dotycząca pozytywnych związków między satysfakcją seksualną a funkcjonowaniem seksualnym, jak i hipoteza (H8) mówiąca o pozytywnych korelacjach między funkcjonowaniem seksualnym a zadowoleniem z relacji została potwierdzona. Analizy pokazały również, że między obszarem satysfakcji funkcjonowania seksualnego a różnymi aspektami satysfakcji seksualnej, zachodzi silna istotna korelacja - założenie hipotezy (H9) mówiącej o sile związku między tymi zmiennymi również zostało spełnione, potwierdzając hipotezę.

Zależność pomiędzy satysfakcją odczuwaną w relacji a zdolnością do doświadczania przyjemności sensorycznej, seksualnej lub społecznej

Tabela 18 *Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy satysfakcją odczuwaną w relacji a zdolnością hedoniczną*

| | Zdolność hedoniczna | | | | | | | Seksualna |
|----------------------------------|---------------------|---------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| | Sensoryczna A | Sensoryczna K | Społeczna A | Społeczna K | Społeczna WKI | Społeczna WKG | Społeczna ZNZ | |
| Ogólna satysfakcja seksualna | 0,16 ** | 0,01 | 0,08 | 0,09 | 0,11 * | 0,07 | 0,08 | 0,36 *** |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | 0,17 ** | 0,1 | 0,08 | 0,09 | 0,11 | 0,08 | 0,08 | 0,38 *** |
| Komunikacja w relacji seksualnej | 0,09 | 0,07 | 0,08 | 0,06 | 0,09 | 0,05 | 0,05 | 0,18 ** |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | 0,15 ** | 0,12 * | 0,08 | 0,11 * | 0,12 * | 0,09 | 0,09 | 0,33 *** |
| Zadowolenie z relacji | 0,09 | 0,14 ** | 0,1 | 0,11 | 0,14 ** | 0,06 | 0,09 | 0,21 *** |

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Objaśnienia:

A – antycypacyjna

K – konsumacyjna

WKI – w kontaktach intymnych (społeczna zdolność hedoniczna)

WKG – w kontaktach grupowych (społeczna zdolność hedoniczna)

ZNZ – z nawiązywania znajomości (społeczna zdolność hedoniczna)

Wyniki analiz korelacyjnych wykazały, że istnieją istotne statystycznie związki pomiędzy różnymi rodzajami przyjemności a satysfakcją odczuwaną w relacji.

Związki pomiędzy satysfakcją odczuwaną w relacji a sensoryczną zdolnością hedoniczną w aspekcie antycypacyjnym dotyczą ogólnej satysfakcji seksualnej, zadowolenia z seksualnej relacji z partnerem oraz dopasowania w relacji seksualnej. Są to istotne statystycznie korelacje dodatnie o słabej sile. Aspekt konsumacyjny sensorycznej zdolności hedonicznej wiąże się dodatkowo z dopasowaniem w zakresie potrzeb i preferencji w sferze seksualnej oraz zadowoleniem z związku romantycznego. Są to korelacje o słabej sile.

Istotne korelacje zachodzą pomiędzy aspektem konsumacyjnym społecznej zdolności hedonicznej z interakcji społecznych oraz dopasowaniem w relacji seksualnej, a także

między przyjemnością społeczną wynikającą z intymnych interakcji społecznych a dopasowaniem potrzeb i preferencji w sferze seksualnej oraz zadowoleniem z relacji. Są to związki o słabej sile. Między pozostałymi aspektami społecznej przyjemności, czyli konsumacyjną przyjemnością społeczną oraz przyjemnością płynącą z grupowych interakcji oraz nawiązywania kontaktów społecznych nie zachodzą istotne korelacje z satysfakcją odczuwaną w relacji. Przyjemność seksualna wiąże się natomiast istotnie z wszystkimi badanymi aspektami satysfakcji odczuwanej w relacji - zarówno w obszarze satysfakcji seksualnej, jak i relacyjnej. Korelacje te są związkami o słabej sile, jednak są one silniejsze niż związki z pozostałymi rodzajami przyjemności.

Wyniki przeprowadzonych analiz pozwalają na częściowe potwierdzenie hipotezy (H10), mówiącej o pozytywnych związkach pomiędzy satysfakcją odczuwaną w relacji a wszystkimi badanymi zdolnościami doświadczania przyjemności - hipoteza ta jest prawdziwa jedynie dla seksualnej zdolności hedonicznej. Podobnie częściowo potwierdzona została hipoteza (H11), zakładającej, że wzrost poziomu satysfakcji seksualnej wiąże się najsilniej ze wzrostem poziomu seksualnej oraz społecznej zdolności hedonicznej. Zależność ta jest prawdziwa dla seksualnej zdolności hedonicznej. W obszarze społecznej zdolności hedonicznej, jedynie społeczna zdolność hedoniczna w aspekcie konsumacyjnym oraz zdolność odczuwania przyjemności społecznej z kontaktów intymnych wiązała się z wzrostem poziomu satysfakcji seksualnej ogólnej i w obszarze dopasowania w relacji seksualnej.

Związki trudności w odczuwaniu przyjemności z dysfunkcjonalnymi przekonaniami na temat seksualności

Tabela 19 *Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy zdolnością hedoniczną a dysfunkcjonalnymi przekonaniami dotyczącymi seksualności*

| Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności | Zdolność hedoniczna | | | | | | | Seksualna |
|---|---------------------|---------------|-------------|-------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| | Sensoryczna A | Sensoryczna K | Społeczna A | Społeczna K | Społeczna WKI | Społeczna WKG | Społeczna ZNZ | |
| Przekonania konserwatywne | 0,01 | -0,09 | 0,01 | 0,03 | 0,01 | -0,01 | 0,09 | -0,37 *** |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | -0,02 | -0,09 | -0,06 | -0,05 | -0,09 | -0,09 | 0,03 | -0,32 *** |

| | | | | | | | | |
|--|---------|-----------|-------|----------|----------|-------|-----------|-----------|
| Przekonania związane z wiekiem | -0,06 | -0,22 *** | -0,06 | -0,04 | -0,06 | -0,03 | -0,04 | -0,29 *** |
| Przekonania związane z obrazem ciała | -0,02 | -0,19 *** | -0,06 | -0,05 | -0,08 | -0,06 | -0,03 | -0,32 *** |
| Przekonania o podrzędności uczuć | -0,13 * | -0,17 ** | -0,1 | -0,18 ** | -0,16 ** | -0,1 | -0,18 *** | -0,12 * |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | -0,07 | -0,18 ** | 0,01 | 0,05 | 0,03 | -0,02 | 0,08 | -0,31 *** |
| Ogólny poziom dysfunkcyjnych przekonań | -0,08 | -0,21 *** | -0,05 | -0,05 | -0,07 | -0,06 | -0,01 | -0,4 *** |

* p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001

Objaśnienia:

A – antycypacyjna

K – konsumacyjna

WKI – w kontaktach intymnych (społeczna zdolność hedoniczna)

WKG – w kontaktach grupowych (społeczna zdolność hedoniczna)

ZNZ – z nawiązywania znajomości (społeczna zdolność hedoniczna)

Przeprowadzone analizy korelacji, wskazują, że niektóre aspekty zdolności hedonicznej wiążą się negatywnie z poziomem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności. Zależność ta dotyczy przede wszystkim seksualnej zdolności hedonicznej, która jest istotnie statystycznie, negatywnie skorelowana z nasileniem wszystkich dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności oraz z ich ogólnym poziomem. Korelacje te przyjmują dla większości typów dysfunkcyjnych przekonań oraz ich ogólnego poziomu wartości wskazujące na związki o umiarkowanej sile - korelacja pomiędzy dysfunkcyjnymi przekonaniami o podrzędności uczuć a seksualną zdolnością hedoniczną jest nieco słabsza, choć wciąż istotna statystycznie. Dysfunkcyjne przekonania seksualne dotyczące podrzędności uczuć wiążą się istotnie negatywnie z takimi aspektami zdolności hedonicznej jak: sensoryczna zdolność hedoniczna w aspekcie antycypacyjnym, sensoryczna zdolność hedoniczna w aspekcie konsumacyjnym, społeczna zdolność hedoniczna w aspekcie konsumacyjnym, społeczna zdolność hedoniczna w kontaktach intymnych i z nawiązywania relacji oraz seksualna zdolność hedoniczna. Istotne statystycznie są również związki pomiędzy sensoryczną zdolnością hedoniczną w aspekcie konsumacyjnym a dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności dotyczącymi wieku, obrazu ciała, podrzędności uczuć, prymatu

macierzyństwa a także ogólnego poziomu dysfunkcyjnych przekonań. Współczynnik rho Spearmana dla tych relacji wskazuje na korelacje o słabej sile.

Negatywne związki pomiędzy poziomem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności i zdolnością hedoniczną oznaczają, że wraz ze wzrostem dysfunkcyjnych przekonań maleje zdolność hedoniczna (nasilają się zatem trudności w doświadczaniu przyjemności, czyli pojawia anhedonia).

Uzyskane wyniki pozwalają na weryfikację postawionych hipotez badawczych. Częściowo potwierdziła się hipoteza (H12) dotycząca związków pomiędzy poziomem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności a zdolnością do odczuwania przyjemności we wszystkich jej aspektach i rodzajach - hipoteza ta prawdziwa jest jedynie dla seksualnej zdolności hedonicznej i częściowo dla sensorycznej zdolności hedonicznej w aspekcie konsumpcyjnym. Potwierdzona została hipoteza (H13) o silniejszych korelacjach pomiędzy dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności a seksualną zdolnością hedoniczną niż z pozostałymi rodzajami zdolności hedonicznej.

Związek pomiędzy objawami dysfunkcji seksualnych (poziomem funkcjonowaniem seksualnego) a nasileniem dysfunkcyjnych przekonań seksualnych

Tabela 20 *Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym a dysfunkcyjnymi przekonaniami dotyczącymi seksualności*

| | Dysfunkcyjne przekonania na temat seksualności | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| | Przekonania konserwatywne | Przekonania o grzeszności przyjemności | Przekonania związane z wiekiem | Przekonania związane z obrazem ciała | Przekonania o podrzędności uczuć | Przekonania o prymacie macierzyństwa | Ogólny poziom dysfunkcyjnych przekonań |
| Pożądanie | -0,08 | -0,09 | 0,03 | -0,04 | -0,14 * | 0,04 | -0,08 |
| Podniecenie | -0,12 * | -0,21 *** | -0,13 * | -0,15 ** | -0,15 ** | -0,11 | -0,18 *** |
| Lubrykacja | -0,07 | -0,16 ** | -0,03 | -0,16 ** | -0,15 ** | -0,07 | -0,12 * |
| Orgazm | 0,01 | -0,13 * | -0,07 | -0,11 | -0,12 * | -0,04 | -0,07 |
| Satysfakcja | -0,09 | -0,16 ** | -0,04 | -0,13 * | -0,2 *** | -0,14 * | -0,16 ** |
| Ból | -0,13 * | -0,13 * | -0,11 * | -0,19 *** | -0,05 | -0,12 * | -0,17 ** |
| Ogólne funkcjonowanie | -0,12 * | -0,19 *** | -0,10 | -0,18 ** | -0,2 *** | -0,12 * | -0,2 *** |

* p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001

Przeprowadzone analizy korelacji wykazały, że najczęściej istotnych statystycznie związków zachodzi pomiędzy dysfunkcjonalnymi przekonaniem na temat seksualności a obszarem funkcjonowania seksualnego w obszarze podniecenia, obszarze bólu oraz z ogólnym poziomem funkcjonowania seksualnego. Funkcjonowanie seksualne w obszarze podniecenia koreluje z prawie wszystkimi dysfunkcjonalnymi przekonaniem na temat seksualności i są to korelacje negatywne o słabej sile. Nieistotne statystycznie okazało się jedynie powiązanie pomiędzy podnieceniem a zbiorem dysfunkcjonalnych przekonań o prymacie macierzyństwa. W obszarze bólu analizy wykazały istotne statystycznie związki z dysfunkcjonalnymi przekonaniem związanymi z seksualnym konserwatyzmem, grzesznością przyjemności, wiekiem, obrazem ciała, prymatem macierzyństwa i ogólnym poziomem dysfunkcjonalnych przekonań seksualnych. Nieistotne są korelacje pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym w obszarze bólu a dysfunkcjonalnymi przekonaniem seksualnymi na temat podrzędności uczuć.

Korelacje pomiędzy ogólnym poziomem funkcjonowania seksualnego a dysfunkcjonalnymi przekonaniem seksualnymi są istotne statystycznie dla wszystkich rodzajów przekonań, oprócz grupy przekonań związanych z wiekiem. Pożądanie istotnie wiąże się jedynie negatywnie z dysfunkcjonalnymi przekonaniem o podrzędności uczuć, a funkcjonowanie w obszarze orgazmu istotnie skorelowane negatywnie jest z dysfunkcjonalnymi przekonaniem o grzeszności przyjemności i podrzędności uczuć. Funkcjonowanie w obszarze lubrykacji związane jest natomiast z dysfunkcjonalnymi przekonaniem o grzeszności przyjemności, przekonaniem związanymi z wiekiem, podrzędnością uczuć oraz ogólnym poziomem dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności. Wszystkie obserwowane korelacje mają charakter negatywny - oznacza to, że wraz z wzrostem dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności obniża się poziom funkcjonowania seksualnego w danym obszarze.

Uzyskane wyniki pozwalają na przyjęcie hipotezy (H14) o negatywnych powiązaniach między badanymi zmiennymi. Najsilniej negatywnie z funkcjonowaniem seksualnym wiążą się dysfunkcjonalne przekonania o grzeszności przyjemności, przekonania związane z obrazem ciała, przekonania o podrzędności uczuć oraz ogólny poziom dysfunkcjonalnych przekonań.

Dysfunkcjonalne przekonania seksualne a poziom satysfakcji odczuwanej w relacji

Tabela 21 *Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy satysfakcją odczuwaną w relacji a dysfunkcjonalnymi przekonaniami dotyczącymi seksualności*

| Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności | Satysfakcja odczuwana w relacji | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Zadowolenie z relacji seksualnej | Komunikacja w relacji seksualnej | Dopasowanie w relacji seksualnej | Ogólna satysfakcja seksualna | Zadowolenie z relacji |
| Przekonania konserwatywne | -0,1 | -0,09 | -0,11 * | -0,13 * | -0,09 |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | -0,15 ** | -0,13 * | -0,16 ** | -0,18 ** | -0,19 *** |
| Przekonania związane z wiekiem | -0,04 | -0,09 | -0,08 | -0,08 | -0,13 * |
| Przekonania związane z obrazem ciała | -0,13 * | -0,13 * | -0,19 *** | -0,18 ** | -0,15 ** |
| Przekonania o podrzędności uczuć | -0,15 ** | -0,13 * | -0,11 | -0,15 ** | -0,09 |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | -0,12 * | -0,13 * | -0,15 ** | -0,16 ** | -0,13 * |
| Ogólny poziom dysfunkcjonalnych przekonań | -0,14 ** | -0,16 ** | -0,17 ** | -0,19 *** | -0,14 * |

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Wiele dysfunkcjonalnych przekonań wiąże się istotnie z obszarami satysfakcji odczuwanej w relacji. Są to korelacje o słabej sile, negatywne, czyli wraz z nasileniem konkretnych dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności obniża się poziom satysfakcji odczuwanej w relacji w jej obszarach. Dysfunkcjonalne przekonania seksualne związane z seksualnym konserwatyzyzmem wiążą się istotnie z dopasowaniem w relacji seksualnej i ogólną satysfakcją seksualną. Dysfunkcjonalne przekonania seksualne związane z wiekiem wiążą się istotnie jedynie z zadowoleniem z relacji. Związki tego rodzaju dysfunkcjonalnych przekonań seksualnych z innymi aspektami satysfakcji odczuwanej w relacji nie są statystycznie istotne. Dysfunkcjonalne przekonania seksualne związane z podrzędnością uczuć istotnie korelują z takimi obszarami satysfakcji odczuwanej w relacji, jak zadowolenie z relacji seksualnej, komunikacja w relacji seksualnej i ogólna satysfakcja seksualna. Przekonania związane z podrzędnością uczuć nie wiążą się istotnie z dopasowaniem w relacji seksualnej ani z zadowoleniem z relacji (pozaseksualnych aspektów). Poziomy dysfunkcjonalnych przekonań na temat

seksualności dotyczących grzeszności przyjemności, dysfunkcyjnych przekonań związanych z obrazem ciała oraz dysfunkcyjnych przekonań dotyczących prymatu macierzyństwa wiążą się istotnie z wszystkimi obszarami satysfakcji odczuwanej w relacji - zarówno jej seksualnymi, jak i pozaseksualnymi aspektami. Relacja między dysfunkcyjnymi przekonaniami związanymi z grzesznością przyjemności a zadowoleniem z relacji (pozaseksualnymi aspektami satysfakcji odczuwanej w relacji) oraz dysfunkcyjnymi przekonaniami związanymi z obrazem ciała a dopasowaniem w relacji seksualnej są najsilniejsze. Co więcej, ogólny poziom dysfunkcyjnych przekonań istotnie, negatywnie, wiąże się z wszystkimi aspektami satysfakcji odczuwanej w relacji.

Uzyskane wyniki pozwalają na przyjęcie hipotezy H15, mówiącej o tym, że wraz ze wzrostem poziomu dysfunkcyjnych przekonań spada satysfakcja odczuwana w relacji.

Różnice w zakresie badanych zmiennych pomiędzy osobami z klinicznie istotnym nasileniem dysfunkcji seksualnych a osobami bez dysfunkcji

Tabela 22 *Różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet bez klinicznie istotnych dysfunkcji i z dysfunkcjami*

| | Statystyka | p |
|---|------------|-------|
| Wiek | 10109 | 0,513 |
| Wiedza | 8455 | 0,003 |
| Zdrowie psychiczne | 7819 | <,001 |
| Zdrowie fizyczne | 8906 | 0,022 |
| Religijność | 9836 | 0,299 |
| Antycypacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 8367 | 0,003 |
| Konsumacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 10174 | 0,57 |
| Antycypacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 8906 | 0,024 |
| Konsumacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 8913 | 0,025 |

| | | |
|---|------|-------|
| Spoleczna zdolność hedoniczna w kontaktach intymnych | 8372 | 0,003 |
| Spoleczna zdolność hedoniczna w kontaktach grupowych | 9593 | 0,18 |
| Spoleczna zdolność hedoniczna z nawiązywania znajomości | 8893 | 0,023 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | 4361 | <,001 |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | 3305 | <,001 |
| Komunikacja w relacji seksualnej | 6631 | <,001 |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | 4969 | <,001 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | 3883 | <,001 |
| Zadowolenie z relacji | 7437 | <,001 |
| Przekonania konserwatywne | 9739 | 0,247 |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | 8939 | 0,007 |
| Przekonania związane z wiekiem | 9963 | 0,392 |
| Przekonania związane z obrazem ciała | 9533 | 0,051 |
| Przekonania o podrzędności uczuć | 8736 | 0,013 |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | 9683 | 0,218 |
| Ogólny poziom dysfunkcyjnych przekonań | 8999 | 0,033 |

Przeprowadzone analizy statystyczne testem Manna-Whitneya wykazały, że kobiety z dysfunkcjami oraz kobiety bez dysfunkcji seksualnych różnią się w poziomach niektórych badanych zmiennych. Istotnie statycznie różnice dotyczą poziomu zdrowia psychicznego, seksualnej zdolności hedonicznej oraz satysfakcji odczuwanej w relacji (wszystkich aspektów satysfakcji seksualnej oraz zadowolenia z pozaseksualnych aspektów relacji).

Tabela 23 *Statystyki opisowe istotnych różnic; różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet bez klinicznie istotnych dysfunkcji i z dysfunkcjami*

| | Grupa | N | Średnia | Mediana | SD | SE |
|---|-----------------------|----------|----------------|----------------|-----------|-----------|
| Zdrowie psychiczne | bez dysfunkcji | 228 | 7,39 | 8 | 1,936 | 0,1282 |
| | z objawami dysfunkcji | 93 | 6,34 | 7 | 2,29 | 0,237 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | bez dysfunkcji | 228 | 43,07 | 44 | 4,571 | 0,3027 |
| | z objawami dysfunkcji | 93 | 36,12 | 38 | 7,39 | 0,766 |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | bez dysfunkcji | 228 | 19,66 | 21 | 4,299 | 0,2847 |
| | z objawami dysfunkcji | 93 | 13,37 | 13 | 4,26 | 0,441 |
| Komunikacja w relacji seksualnej | bez dysfunkcji | 228 | 16,84 | 18 | 3,698 | 0,2449 |
| | z objawami dysfunkcji | 93 | 14,28 | 15 | 4,22 | 0,437 |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | bez dysfunkcji | 228 | 25,39 | 27 | 5,273 | 0,3492 |
| | z objawami dysfunkcji | 93 | 19,66 | 20 | 6,3 | 0,653 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | bez dysfunkcji | 228 | 61,89 | 64 | 11,551 | 0,765 |
| | z objawami dysfunkcji | 93 | 47,3 | 48 | 12,01 | 1,245 |
| Zadowolenie z relacji | bez dysfunkcji | 228 | 34,8 | 36 | 3,639 | 0,241 |
| | z objawami dysfunkcji | 93 | 32,63 | 34 | 4,58 | 0,475 |

Doświadczanie istotnych klinicznie objawów dysfunkcji seksualnych różnicuje kobiety pod kątem tych zmiennych, a średnie poziomy zmiennych są istotnie wyższe u kobiet bez istotnych klinicznie objawów dysfunkcji seksualnych.

Uzyskane wyniki umożliwiają przyjęcie postawionej hipotezy (H16) o różnicach w zakresie badanych zmiennych pomiędzy kobietami z klinicznie istotnym nasileniem dysfunkcji seksualnych a kobietami bez dysfunkcji.

7.3.3. Czy i w jakim zakresie wybrane zmienne o charakterze demograficznym i medycznym oraz poziom wiedzy o seksualności i religijność wiążą się z głównymi zmiennymi?

Wiek a funkcjonowanie seksualne

Tabela 24 Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy wiekiem a funkcjonowaniem seksualnym

| | Obszary funkcjonowania seksualnego | | | | | | |
|------|------------------------------------|-------------|------------|---------|-------------|--------|-----------------------|
| | Pożądanie | Podniecenie | Lubrykacja | Orgazm | Satysfakcja | Ból | Ogólne funkcjonowanie |
| Wiek | -0,05 | 0,05 | 0,07 | 0,18 ** | -0,06 | 0,13 * | 0,10 |

* p < ,05, ** p < ,01

Przeprowadzone analizy korelacyjne związku wieku z obszarami funkcjonowania seksualnego pokazały, że wiek istotnie wiąże się jedynie z funkcjonowaniem seksualnym w obszarze orgazmu i doświadczania bólu. Są to istotne statystycznie pozytywne korelacje o słabej sile. Oznacza to, że wraz z wiekiem wzrasta poziom funkcjonowania seksualnego w tych obszarach. Pozostałe obszary funkcjonowania seksualnego nie są istotnie związane z wiekiem. Wyniki wskazują poprawę funkcjonowania seksualnego w obszarze orgazmu oraz doświadczania bólu i uzasadniają odrzucenie hipotezy o obniżaniu się funkcjonowania seksualnego wraz z wiekiem.

Poziom deklarowanej religijności a seksualna zdolność hedoniczna, funkcjonowanie seksualne i nasilenie dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności

Tabela 25 Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy deklarowaną religijnością a seksualną zdolnością hedoniczną i funkcjonowaniem seksualnym

| | Obszary funkcjonowania seksualnego | | | | | | | |
|-------------|------------------------------------|-----------|-------------|------------|--------|-------------|-------|-----------------------|
| | Seksualna zdolność hedoniczna | Pożądanie | Podniecenie | Lubrykacja | Orgazm | Satysfakcja | Ból | Ogólne funkcjonowanie |
| Religijność | -0,17 ** | 0,03 | 0,08 | 0,08 | 0,1 | 0,05 | -0,01 | 0,05 |

** p < ,01

Korelacje pomiędzy deklarowaną religijnością a obszarami funkcjonowania seksualnego nie są statystycznie istotne. Poziom religijności wiąże się istotnie jedynie z seksualną zdolnością hedoniczną - jest to korelacja słaba, ujemna, sugerująca, iż im wyższa religijność tym niższa seksualna zdolność hedoniczna.

Tabela 26 *Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy wiedzą na temat seksualności i religijnością a dysfunkcjonalnymi przekonaniami na temat seksualności*

| Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności | Religijność |
|--|--------------------|
| Przekonania konserwatywne | 0,41 *** |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | 0,14 * |
| Przekonania związane z wiekiem | 0,27 *** |
| Przekonania związane z obrazem ciała | 0,19 *** |
| Przekonania o podrzędności uczuć | -0,05 |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | 0,26 *** |
| Ogólny poziom dysfunkcjonalnych przekonań | 0,35 *** |

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Poziom religijności wiąże się z dysfunkcjonalnymi przekonaniami na temat seksualności pozytywnie - wraz ze wzrostem religijności wzrasta poziom dysfunkcjonalnych przekonań. Z poziomem religijności istotnie związane są przekonania konserwatywne, przekonania o grzeszności przyjemności, przekonania związane z wiekiem oraz te związane z obrazem ciała, przekonania o prymacie macierzyństwa, a także ogólny poziom dysfunkcjonalnych przekonań. Są to związki o słabej i przeciętnej sile. Najsilniej religijność wiąże się z dysfunkcjonalnymi przekonaniami konserwatywnymi oraz ogólnym poziomem dysfunkcjonalnych przekonań, a najsłabiej z dysfunkcjonalnymi przekonaniami o grzeszności przyjemności. Związek poziomu religijności z poziomem dysfunkcjonalnych przekonań na temat podrzędności uczuć nie jest istotny.

Uzyskane wyniki analizy korelacji pozwoliły na weryfikację postawionej hipotezy (H18) o związkach wysokiego poziomu religijności z obniżeniem funkcjonowania seksualnego (nasileniem dysfunkcji seksualnych) oraz nasileniem dysfunkcjonalnych przekonań seksualnych. Hipoteza ta została potwierdzona częściowo - poziom religijności istotnie wiąże się z nasilaniem większości dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności, jednak korelacje religijności z funkcjonowaniem seksualnym nie są istotne,

więc religijność nie wiąże się z obniżeniem funkcjonowania seksualnego. Wyniki pokazały natomiast, że w badanej grupie kobiet wraz ze wzrostem religijności spada poziom seksualnej zdolności hedonicznej, czyli zdolności do odczuwania seksualnej przyjemności.

Związek wiedzy na temat seksualności z doświadczaniem przyjemności seksualnej, funkcjonowaniem seksualnym i nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności

Tabela 27 Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy wiedzą na temat seksualności a seksualną zdolnością hedoniczną i funkcjonowaniem seksualnym

| | Obszary funkcjonowania seksualnego | | | | | | | Ogólne funkcjonowanie |
|---------------|------------------------------------|-----------|-------------|------------|---------|-------------|---------|-----------------------|
| | Seksualna zdolność hedoniczna | Pożądanie | Podniecenie | Lubrykacja | Orgazm | Satysfakcja | Ból | |
| Wiedza | 0,23 *** | 0,17 ** | 0,2 *** | 0,14 * | 0,17 ** | 0,17 ** | 0,16 ** | 0,22 *** |

* p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001

Analiza korelacji pomiędzy wiedzą na temat seksualności a seksualną zdolnością hedoniczną i obszarami funkcjonowania seksualnego wskazała na istotne, pozytywne związki między zmiennymi. Są to korelacje o słabej sile. Najsilniej z poziomem wiedzy na temat seksualności związana jest seksualna zdolność hedoniczna.

Tabela 28 Korelacje (współczynniki rho Spearmana) pomiędzy wiedzą na temat seksualności a dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności

| | Dysfunkcyjne przekonania na temat seksualności | | | | | | Ogólny poziom dysfunkcyjnych przekonań |
|---------------|--|--|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|
| | Przekonania konserwatywne | Przekonania o grzeszności przyjemności | Przekonania związane z wiekiem | Przekonania związane z obrazem ciała | Przekonania o podrzędności uczuć | Przekonania o prymacie macierzyństwa | |
| Wiedza | -0,12 * | -0,18 *** | -0,24 *** | -0,11 * | -0,14 * | -0,12 * | -0,24 *** |

* p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001

Związki pomiędzy poziomem wiedzy na temat seksualności a dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności mają charakter negatywny - wraz ze wzrostem wiedzy na temat seksualności maleje poziom dysfunkcyjnych przekonań na temat

seksualności (wzrasta poziom funkcjonalności przekonań na temat seksualności). Są to korelacje słabe, jednak istotne statystycznie. Najmocniej poziom wiedzy na temat seksualności związany jest z dysfunkcjonalnymi przekonaniami o grzeszności przyjemności oraz ogólnym poziomem dysfunkcjonalnych przekonań, a najsłabiej z dysfunkcjonalnymi przekonaniami związanymi z obrazem ciała.

Analizy korelacji pozwalają na weryfikację postawionych hipotez badawczych i przyjęcie ich. Zarówno hipoteza (H19) o wzroście poziomu funkcjonowania seksualnego i obniżeniu poziomu dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności wraz ze wzrostem poziomu wiedzy na temat seksualności, jak i hipoteza (H20) o wzroście poziomu hedonicznej zdolności seksualnej wraz ze wzrostem wiedzy na temat seksualności potwierdziły się.

Poziom wiedzy na temat seksualności a wykształcenie

Tabela 29 *Statystyki opisowe; różnice w wiedzy na temat seksualności w grupie osób z wykształceniem wyższym i bez wykształcenia wyższego*

| | Grupa | N | Średnia | Mediana | SD | SE |
|---------------|----------------------------|-----|---------|---------|------|------|
| Wiedza | bez wyższego wykształcenia | 127 | 7,41 | 8,00 | 1,47 | 0,13 |
| | wykształcenie wyższe | 194 | 7,55 | 8,00 | 1,37 | 0,10 |

Przeprowadzony test statystyczny Manna-Whitneya pokazał, że nie istnieją istotne różnice w poziomie wiedzy na temat seksualności między osobami z wyższym wykształceniem i bez wyższego wykształcenia ($p=0,264$). Średni poziom wiedzy na temat seksualności jest nieznacznie wyższy u osób z wykształceniem wyższym, jednak różnica w poziomach wiedzy nie jest istotna statystycznie.

Wyższe wykształcenie nie różnicuje badanych kobiet w zakresie wiedzy na temat seksualności.

Macierzyństwo, formalizacja związku i wspólne mieszkanie jako czynniki różnicujące poziomy badanych zmiennych

Tabela 30 *Różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet mających dzieci i kobiet bezdzietnych*

| | Statystyka | p |
|--|------------|-------|
| Wiedza | 10406 | 0,595 |
| Zdrowie psychiczne | 8879 | 0,011 |
| Zdrowie fizyczne | 10110 | 0,357 |
| Religijność | 9798 | 0,179 |
| Antycypacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 10708 | 0,904 |
| Konsumacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 9172 | 0,032 |
| Antycypacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 9918 | 0,246 |
| Konsumacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 9014 | 0,019 |
| Společna zdolność hedoniczna w kontaktach intymnych | 10022 | 0,306 |
| Společna zdolność hedoniczna w kontaktach grupowych | 9547 | 0,099 |
| Společna zdolność hedoniczna z nawiązywania znajomości | 8448 | 0,002 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | 10020 | 0,304 |
| Pożądanie | 9685 | 0,136 |
| Podniecenie | 10238 | 0,458 |
| Lubrykacja | 9842 | 0,195 |
| Orgazm | 7804 | <,001 |
| Satysfakcja | 9882 | 0,221 |
| Ból | 9814 | 0,188 |
| Ogólne funkcjonowanie | 9526 | 0,094 |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | 9850 | 0,211 |
| Komunikacja w relacji seksualnej | 9121 | 0,025 |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | 9483 | 0,081 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | 9293 | 0,048 |

| | | |
|---|-------|-------|
| Zadowolenie z relacji | 9498 | 0,086 |
| Przekonania konserwatywne | 9529 | 0,091 |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | 10100 | 0,259 |
| Przekonania związane z wiekiem | 10585 | 0,776 |
| Przekonania związane z obrazem ciała | 10487 | 0,572 |
| Przekonania o podrzędności uczuć | 9760 | 0,169 |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | 9240 | 0,038 |
| Ogólny poziom dysfunkcjonalnych przekonań | 9984 | 0,284 |

Macierzyństwo istotnie różnicuje badane kobiety pod kątem wielu zmiennych. Kobiety mające dzieci i kobiety bezdzietne różnią się w poziomie zmiennych dotyczących zdrowia psychicznego, konsumpcyjnej zdolności sensorycznej oraz społecznej, społecznej zdolności hedonicznej z nawiązywania kontaktów, funkcjonowania seksualnego w obszarze orgazmu, komunikacji oraz ogólnej satysfakcji seksualnej, a także w zakresie nasilenia przekonań na temat prymatu macierzyństwa.

Tabela 31 *Statystyki opisowe, zmienna grupująca: macierzyństwo; różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet mających dzieci i kobiet bezdzietnych*

| | Grupa | N | Średnia | Mediana | SD | SE |
|--|-----------------------|-----|---------|---------|------|------|
| Zdrowie psychiczne | kobiety bezdzietne | 225 | 6,91 | 7 | 2,07 | 0,14 |
| | kobiety mające dzieci | 96 | 7,51 | 8 | 2,10 | 0,21 |
| Konsumacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | kobiety bezdzietne | 225 | 39,59 | 40 | 5,69 | 0,38 |
| | kobiety mające dzieci | 96 | 40,94 | 42 | 5,71 | 0,58 |
| Konsumacyjna społeczna zdolność hedoniczna | kobiety bezdzietne | 225 | 37,82 | 38 | 8,14 | 0,54 |
| | kobiety mające dzieci | 96 | 39,97 | 41 | 8,96 | 0,91 |
| Społeczna zdolność hedoniczna z nawiązywania kontaktów | kobiety bezdzietne | 225 | 20,91 | 21 | 4,24 | 0,28 |
| | kobiety mające dzieci | 96 | 22,48 | 23 | 5,0 | 0,51 |
| Orgazm | kobiety bezdzietne | 225 | 4,19 | 4,8 | 1,7 | 0,11 |

| | | | | | | |
|---|-----------------------|-----|-------|-----|-------|------|
| Komunikacja w relacji seksualnej | kobiety mające dzieci | 96 | 4,9 | 5,2 | 1,43 | 0,15 |
| | kobiety bezdzietne | 225 | 16,48 | 18 | 3,80 | 0,25 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | kobiety mające dzieci | 96 | 15,22 | 16 | 4,39 | 0,45 |
| | kobiety bezdzietne | 225 | 58,77 | 61 | 12,79 | 0,85 |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | kobiety bezdzietne | 225 | 6,88 | 6 | 2,47 | 0,16 |
| | kobiety mające dzieci | 96 | 7,33 | 7 | 2,22 | 0,23 |

Średnie wyniki wskazują, że kobiety mające dzieci mają istotnie wyższy poziom zdrowia psychicznego, konsumacyjnej zdolności hedonicznej sensorycznej oraz społecznej, a także społecznej zdolności hedonicznej z nawiązywania kontaktu, niż kobiety bezdzietne. Poziom funkcjonowania seksualnego w obszarze orgazmu również jest istotnie wyższy u kobiet mających dzieci niż u kobiet bezdzietnych. Kobiety bezdzietne mają natomiast istotnie wyższy poziom satysfakcji seksualnej w obszarze komunikacji i ogólnego poziomu satysfakcji seksualnej, niż kobiety mające dzieci. Macierzyństwo różnicuje także kobiety pod kątem nasilenia przekonań o prymacie macierzyństwa – poziom tej zmiennej jest istotnie wyższy u kobiet mających dzieci niż u kobiet bezdzietnych.

Tabela 32 Różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet w związku sformalizowanym i nieformalnym

| | Statystyka | p |
|--|-------------------|----------|
| Wiedza | 9792 | 0,233 |
| Zdrowie psychiczne | 9304 | 0,068 |
| Zdrowie fizyczne | 9723 | 0,204 |
| Religijność | 7130 | <,001 |
| Antycypacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 9212 | 0,054 |
| Konsumacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 9497 | 0,121 |

| | | |
|---|-------|-------|
| Antycypacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 8652 | 0,008 |
| Konsumacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 8910 | 0,02 |
| Społeczna zdolność hedoniczna w kontaktach intymnych | 8653 | 0,008 |
| Społeczna zdolność hedoniczna w kontaktach grupowych | 9259 | 0,062 |
| Społeczna zdolność hedoniczna z nawiązywania znajomości | 8939 | 0,022 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | 9960 | 0,348 |
| Pożądanie | 8958 | 0,021 |
| Podniecenie | 10614 | 0,942 |
| Lubrykacja | 10390 | 0,704 |
| Orgazm | 9908 | 0,311 |
| Satysfakcja | 9866 | 0,281 |
| Ból | 10491 | 0,812 |
| Ogólne funkcjonowanie | 10528 | 0,852 |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | 9659 | 0,181 |
| Komunikacja w relacji seksualnej | 9135 | 0,04 |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | 9332 | 0,075 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | 9180 | 0,049 |
| Zadowolenie z relacji | 10436 | 0,757 |
| Przekonania konserwatywne | 8517 | 0,004 |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | 10092 | 0,349 |
| Przekonania związane z wiekiem | 10583 | 0,909 |
| Przekonania związane z obrazem ciała | 9882 | 0,152 |
| Przekonania o podrzędności uczuć | 9400 | 0,091 |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | 9446 | 0,102 |
| Ogólny poziom dysfunkcjonalnych przekonań | 9402 | 0,094 |

Kobiety w związku sformalizowanym i nieformalnym różnią się istotnie poziomem religijności, społecznej zdolności hedonicznej – zarówno antycypacyjnej, jak i konsumacyjnej oraz z kontaktów intymnych i nawiązywania znajomości.

Sformalizowanie związku różnicuje kobiety także w zakresie poziomu funkcjonowania seksualnego w obszarze pożądania, komunikacji w relacji seksualnej i ogólnej satysfakcji seksualnej oraz przekonań konserwatywnych.

Tabela 33 *Statystyki opisowe, zmienna grupująca: sformalizowanie związku; różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet w związkach nieformalnych i sformalizowanych*

| | Grupa | N | Średnia | Mediana | SD | SE |
|---|----------------|----------|----------------|----------------|-----------|-----------|
| Religijność | nieformalny | 227 | 3,33 | 2 | 2,59 | 0,17 |
| | sformalizowany | 94 | 4,97 | 5 | 2,92 | 0,30 |
| Antycypacyjna społeczna zdolność hedoniczna | nieformalny | 227 | 30,25 | 31 | 5,90 | 0,39 |
| | sformalizowany | 94 | 32,02 | 33 | 5,68 | 0,59 |
| Konsumacyjna społeczna zdolność hedoniczna | nieformalny | 227 | 37,72 | 38 | 8,42 | 0,56 |
| | sformalizowany | 94 | 40,27 | 41 | 8,21 | 0,85 |
| Společna zdolność hedoniczna w kontaktach intymnych | nieformalny | 227 | 34,51 | 35 | 7,01 | 0,47 |
| | sformalizowany | 94 | 36,69 | 38 | 6,64 | 0,69 |
| Společna zdolność hedoniczna z nawiązywania znajomości | nieformalny | 227 | 20,99 | 22 | 4,45 | 0,30 |
| | sformalizowany | 94 | 22,32 | 22 | 4,60 | 0,47 |
| Pożądanie | nieformalny | 227 | 4,19 | 4,20 | 1,07 | 0,07 |
| | sformalizowany | 94 | 3,91 | 3,60 | 1,04 | 0,11 |
| Komunikacja w relacji seksualnej | nieformalny | 227 | 16,37 | 18 | 3,96 | 0,26 |
| | sformalizowany | 94 | 15,45 | 16 | 4,10 | 0,42 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | nieformalny | 227 | 58,62 | 60 | 13,10 | 0,87 |
| | sformalizowany | 94 | 55,35 | 55 | 13,96 | 1,44 |

| | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|-----|-------|----|------|------|
| Przekonania konserwatywne | nieformalny | 227 | 12,69 | 11 | 5,04 | 0,33 |
| | sformalizowany | 94 | 13,98 | 13 | 5,26 | 0,54 |

Średnie wyniki badanych kobiet wskazują, że średni poziom religijności, a także poziom zmiennych dotyczących społecznej zdolności hedonicznej jest istotnie wyższy u kobiet w związku sformalizowanym. U kobiet w relacjach sformalizowanych, w porównaniu do kobiet w związkach nieformalnych, wyższy jest także średni poziom nasilenia przekonań konserwatywnych.

Kobiety pozostające w związkach nieformalnych mają natomiast wyższe poziomy funkcjonowania seksualnego w obszarze pożądania oraz takich aspektów satysfakcji z relacji seksualnej, jak komunikacja oraz ogólna satysfakcja seksualna, niż kobiety w związkach formalnych.

Tabela 34 Wyniki testu T dla niezależnych grup, zmienna grupująca: wspólne mieszkanie; różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet mieszkających razem z osobą partnerską i mieszkających osobno

| | Statystyka | p |
|---|------------|-------|
| Wiedza | 10675 | 0,225 |
| Zdrowie psychiczne | 10442 | 0,136 |
| Zdrowie fizyczne | 10707 | 0,248 |
| Religijność | 10959 | 0,403 |
| Antycypacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 9963 | 0,037 |
| Konsumacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 9532 | 0,009 |
| Antycypacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 9841 | 0,025 |
| Konsumacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 11335 | 0,733 |
| Społeczna zdolność hedoniczna w kontaktach intymnych | 10284 | 0,094 |
| Społeczna zdolność hedoniczna w kontaktach grupowych | 11521 | 0,915 |
| Społeczna zdolność hedoniczna z nawiązywania znajomości | 10695 | 0,248 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | 11549 | 0,943 |
| Pożądanie | 9287 | 0,003 |

| | | |
|--|-------|-------|
| Podniecenie | 10534 | 0,172 |
| Lubrykacja | 9908 | 0,027 |
| Orgazm | 11372 | 0,766 |
| Satysfakcja | 11158 | 0,565 |
| Ból | 10558 | 0,178 |
| Ogólne funkcjonowanie | 10225 | 0,08 |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | 10385 | 0,121 |
| Komunikacja w relacji seksualnej | 9800 | 0,021 |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | 9929 | 0,032 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | 9775 | 0,02 |
| Zadowolenie z relacji | 11205 | 0,611 |
| Przekonania konserwatywne | 11277 | 0,674 |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | 10892 | 0,267 |
| Przekonania związane z wiekiem | 10286 | 0,091 |
| Przekonania związane z obrazem ciała | 11439 | 0,772 |
| Przekonania o podrzędności uczuć | 10582 | 0,191 |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | 10501 | 0,157 |
| Ogólny poziom dysfunkcyjnych przekonań | 10767 | 0,288 |

Przeprowadzone testy statystyczne pokazały, że istnieją istotne różnice w poziomach badanych zmiennych pomiędzy kobietami mieszkającymi wspólnie z osobą partnerską i tymi mieszkającymi osobno w zakresie antycypacyjnej i konsumpcyjnej sensorycznej zdolności hedonicznej, antycypacyjnej społecznej zdolności hedonicznej, funkcjonowania seksualnego w obszarze pożądania i lubrykacji oraz takich aspektów satysfakcji seksualnej, jak komunikacja, dopasowanie oraz ogólny poziom satysfakcji seksualnej.

Tabela 35 *Statystyki opisowe, zmienna grupująca: wspólne mieszkanie; różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet mieszkających razem z osobą partnerską i mieszkających osobno*

| | Grupa | N | Średnia | Mediana | SD | SE |
|--|--------------------|----------|----------------|----------------|-----------|-----------|
| Antycypacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | mieszkanie osobno | 110 | 42,41 | 43 | 8,74 | 0,83 |
| | wspólne mieszkanie | 211 | 44,57 | 45 | 8,26 | 0,57 |
| Konsumacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | mieszkanie osobno | 110 | 39 | 39 | 5,56 | 0,53 |
| | wspólne mieszkanie | 211 | 40,51 | 41 | 5,75 | 0,40 |
| Antycypacyjna społeczna zdolność hedoniczna | mieszkanie osobno | 110 | 29,99 | 30,50 | 5,28 | 0,50 |
| | wspólne mieszkanie | 211 | 31,17 | 32 | 6,15 | 0,42 |
| Pożądanie | mieszkanie osobno | 110 | 4,36 | 4,80 | 0,97 | 0,09 |
| | wspólne mieszkanie | 211 | 3,98 | 3,60 | 1,10 | 0,08 |
| Lubrykacja | mieszkanie osobno | 110 | 5,12 | 5,70 | 1,47 | 0,14 |
| | wspólne mieszkanie | 211 | 4,85 | 5,40 | 1,57 | 0,11 |
| Komunikacja w relacji seksualnej | mieszkanie osobno | 110 | 16,88 | 18 | 3,48 | 0,33 |
| | wspólne mieszkanie | 211 | 15,69 | 17 | 4,23 | 0,29 |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | mieszkanie osobno | 110 | 24,86 | 26 | 5,39 | 0,51 |
| | wspólne mieszkanie | 211 | 23,13 | 24 | 6,46 | 0,44 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | mieszkanie osobno | 110 | 60,22 | 62 | 12,07 | 1,15 |
| | wspólne mieszkanie | 211 | 56,33 | 59 | 13,91 | 0,96 |

Średnie wyniki badanych kobiet wskazują, że kobiety mieszkające wspólnie z osobą partnerską mają wyższe poziomy zmiennych dotyczących zdolności do odczuwania przyjemności – antycypacyjnej i konsumacyjnej sensorycznej zdolności hedonicznej oraz antycypacyjnej społecznej zdolności hedonicznej, niż kobiety

mieszkające ze swoim partnerem lub partnerką osobno. Kobiety nie mieszkające wspólnie z osobą partnerską mają natomiast wyższy poziom funkcjonowania seksualnego w obszarze pożądania i lubrykacji, a także komunikacji w relacji seksualnej, dopasowania oraz ogólnej satysfakcji seksualnej, w porównaniu do kobiet, które mieszkają wspólnie ze swoim partnerem lub partnerką.

Przeprowadzone analizy różnic umożliwiły potwierdzenie postawionej hipotezy badawczej o różnych poziomach zmiennych u kobiet różniących się w zakresie macierzyństwa, formalizacji związku i wspólnego mieszkania (H21). Zarówno macierzyństwo, formalizacja związku i wspólne mieszkanie są zmiennymi różnicującymi poziomymi zmiennych związanymi ze społeczną i sensoryczną zdolnością hedoniczną, funkcjonowaniem społecznym oraz satysfakcją seksualną. Co więcej, w obszarze dysfunkcyjnych przekonań o seksualności macierzyństwo różnicuje poziom przekonań o primacie macierzyństwa wśród badanych kobiet, a formalizacja związku – poziom przekonań konserwatywnych. Kobiety w związkach formalnych i nieformalnych charakteryzuje istotnie różny poziom religijności, a doświadczenie macierzyństwa jest powiązane z poziomem zdrowia psychicznego.

Doświadczenie operacji w obrębie układu moczowo-płciowego jako czynnik różnicujący poziom badanych zmiennych

Tabela 36 *Różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet z doświadczeniem operacji w obrębie układu moczowo-płciowego i bez takiego doświadczenia*

| | Statystyka | p |
|---|------------|-------|
| Wiedza | 6711 | 0,006 |
| Zdrowie psychiczne | 7407 | 0,099 |
| Zdrowie fizyczne | 7694 | 0,221 |
| Religijność | 8177 | 0,616 |
| Antycypacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 8222 | 0,671 |
| Konsumacyjna sensoryczna zdolność hedoniczna | 7628 | 0,192 |
| Antycypacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 8465 | 0,948 |
| Konsumacyjna społeczna zdolność hedoniczna | 7962 | 0,418 |

| | | |
|--|------|-------|
| Społeczna zdolność hedoniczna w kontaktach intymnych | 8423 | 0,899 |
| Społeczna zdolność hedoniczna w kontaktach grupowych | 8269 | 0,722 |
| Społeczna zdolność hedoniczna z nawiązywania znajomości | 7854 | 0,332 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | 8165 | 0,610 |
| Pożądanie | 8146 | 0,585 |
| Podniecenie | 7682 | 0,218 |
| Lubrykacja | 8358 | 0,818 |
| Orgazm | 7308 | 0,073 |
| Satysfakcja | 7428 | 0,105 |
| Ból | 7888 | 0,35 |
| Ogólne funkcjonowanie | 7456 | 0,119 |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | 8245 | 0,696 |
| Komunikacja w relacji seksualnej | 8468 | 0,952 |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | 8337 | 0,798 |
| Ogólna satysfakcja seksualna | 8431 | 0,909 |
| Zadowolenie z relacji | 7800 | 0,292 |
| Przekonania konserwatywne | 8292 | 0,746 |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | 8377 | 0,811 |
| Przekonania związane z wiekiem | 8229 | 0,676 |
| Przekonania związane z obrazem ciała | 8380 | 0,793 |
| Przekonania o podrzędności uczuć | 7404 | 0,099 |
| Przekonania o prymacie macierzyństwa | 7861 | 0,332 |
| Ogólny poziom dysfunkcyjnych przekonań | 8240 | 0,691 |

Przeprowadzone analizy pokazują, że doświadczenie operacji w obrębie układu moczowo-płciowego różnicuje badane kobiety pod kątem poziomu wiedzy na temat seksualności.

Tabela 37 Statystyki opisowe, zmienna grupująca: doświadczenie operacji w obrębie układu moczowo-płciowego; różnice w poziomach badanych zmiennych w grupie kobiet z doświadczeniem operacji w obrębie układu moczowo-płciowego i bez takiego doświadczenia

| | Grupa | N | Średnia | Mediana | SD | SE |
|-------------------------------------|--|-----|---------|---------|------|------|
| Wiedza na temat seksualności | brak doświadczenia operacji w obrębie układu moczowo-płciowego | 254 | 7,39 | 8 | 1,40 | 0,09 |
| | doświadczenie operacji w obrębie układu moczowo-płciowego | 67 | 7,91 | 8 | 1,36 | 0,17 |

Średni poziom wiedzy na temat seksualności jest wyższy u kobiet, które mają doświadczenie operacji w obrębie układu moczowo-płciowego, w porównaniu z kobietami bez takiego doświadczenia.

Hipoteza (H22) o doświadczeniu operacji w obrębie układu moczowo-płciowego, jako zmiennej różnicującej poziom badanych zmiennych wśród kobiet, została potwierdzona.

7.3.4. Czy i w jakim zakresie zdolność hedoniczna, satysfakcja seksualna, przekonania na temat seksualności i zadowolenie z relacji wyjaśniają funkcjonowanie w sferze seksualnej?

Predyktory funkcjonowania kobiet w sferze seksualnej

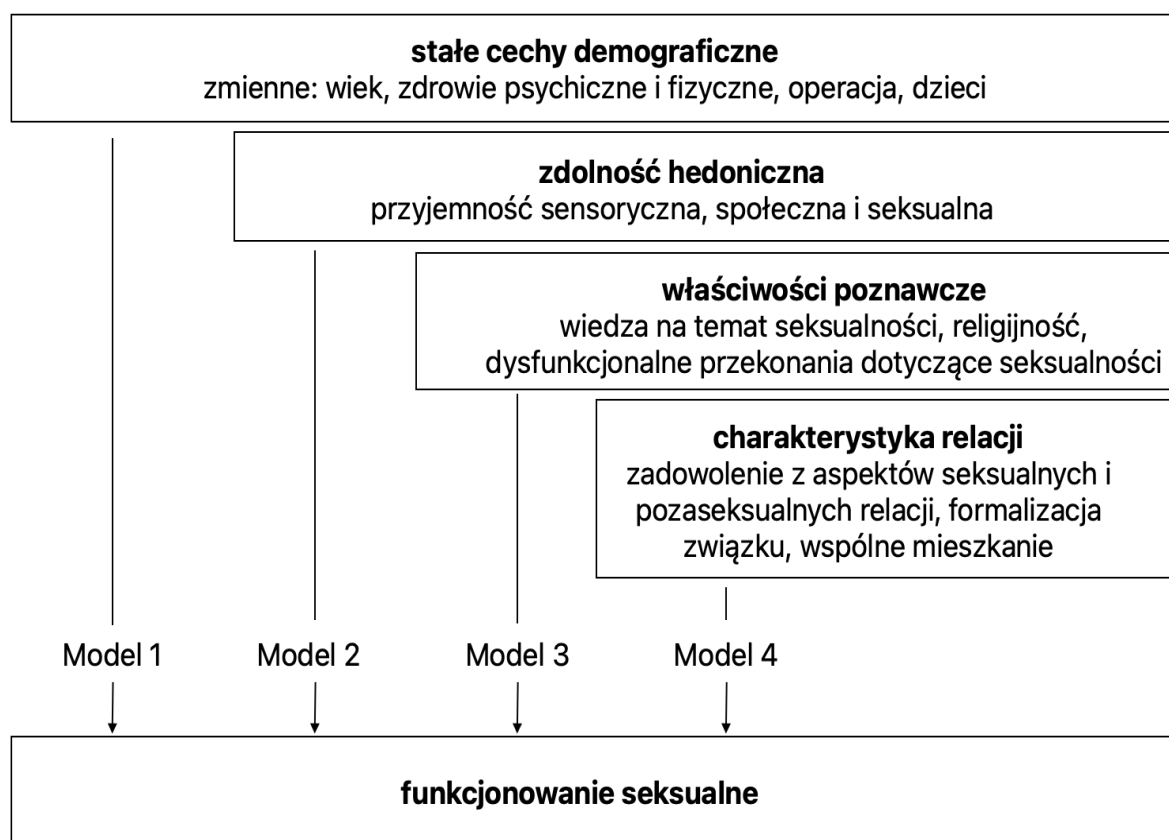
W celu odpowiedzi na ostatnie pytanie badawcze przeprowadzono serię analiz regresji wielozmiennowych metodą hierarchiczną, eksplorujących zmienne wyjaśniające funkcjonowanie seksualne kobiet i mających umożliwić identyfikację zmiennych będących jego istotnymi predyktorami. Wśród analizowanych zmiennych uwzględniono stałe cechy demograficzne, zdolność hedoniczną, właściwości poznawcze oraz charakterystykę aktualnej relacji.

Model regresji hierarchicznej zakłada konkretną kolejność wprowadzania zmiennych do modelu. Wszystkie zmienne uwzględnione w analizie mają teoretyczne znaczenie dla funkcjonowania seksualnego kobiet i mogą wyjaśniać poziom funkcjonowania kobiet w danych jego obszarach. W pierwszym kroku (model 1) brane są pod uwagę stałe cechy demograficzne reprezentowane przez wiek, macierzyństwo i doświadczenie operacji w obrębie układu moczowo-płciowego, jako podstawowe charakterystyki badanych kobiet, a także subiektywna ocena stanu zdrowia somatycznego i psychicznego. Kolejny krok (model 2) uwzględnia dodatkowo poziom zdolności hedonicznej, jako stałą dyspozycję osoby (u której źródeł leżą struktury i mechanizmy neurofizjologiczne), związaną z możliwością odczuwania przez nią przyjemności płynącej ze źródeł seksualnych, sensorycznych i społecznych. Następnie do modelu wprowadzono zmienne dotyczące właściwości poznawczych (model 3). Zmienne te to wiedza na temat seksualności, deklarowany poziom religijności oraz poziomem dysfunkcyjnych przekonań dotyczących seksualności. Właściwości poznawcze, a szczególnie dysfunkcyjne przekonania na temat seksualności, kształtowane są na drodze zdobywania wiedzy i gromadzenia doświadczeń i podlegają zmianom w ciągu życia i są stale aktualizowane. Charakterystyka relacji, będąca zbiorem zmiennych wprowadzanych na ostatnim etapie analizy regresji (model 4), jest kategorią najbardziej podlegającą zmianom sytuacyjnym i dotyczącą konkretnej relacji osoby badanej. Formalizacja związku i wspólne mieszkanie z partnerem może podlegać czasowym modyfikacjom, podobnie

zadowolenie z seksualnych i pozaseksualnych aspektów relacji - jest ono silnie powiązane z aktualnym stanem jednostki podczas udziału w badaniu.

Przeprowadzone analizy regresji weryfikują czy to stałe, indywidualne charakterystyki czy czynniki relacyjne wyjaśniają funkcjonowanie seksualne badanych kobiet. Kolejne analizy odnoszą się do ogólnego wskaźnika funkcjonowania seksualnego oraz jego składowych – pożądania, podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji i bólu.

Testowane modele przedstawiono na rysunku 5.



Rysunek 5 Modele regresji - etapy wprowadzania zmiennych

A. Ogólne funkcjonowanie seksualne

Tabela 38 *Ogólne funkcjonowanie seksualne. Dopasowanie modeli regresji*

| Model | R | R ² | Popraw. R ² | F | Ogólny Test Modelu | | |
|-------|-------|----------------|------------------------|-------|--------------------|-----|-------|
| | | | | | df1 | df2 | p |
| 1 | 0,291 | 0,085 | 0,070 | 5,82 | 5 | 315 | <,001 |
| 2 | 0,562 | 0,315 | 0,298 | 17,97 | 8 | 312 | <,001 |
| 3 | 0,59 | 0,348 | 0,314 | 10,13 | 16 | 304 | <,001 |
| 4 | 0,7 | 0,489 | 0,452 | 12,98 | 22 | 298 | <,001 |

Tabela 39 *Ogólne funkcjonowanie seksualne. Porównania między modelami*

| Model | Model | ΔR^2 | F | df1 | df2 | p |
|-------|-------|--------------|-------|-----|-----|-------|
| 1 | 2 | 0,231 | 35,07 | 3 | 312 | <,001 |
| 2 | 3 | 0,032 | 1,89 | 8 | 304 | 0,061 |
| 3 | 4 | 0,142 | 13,76 | 6 | 298 | <,001 |

Tabela 40 *Ogólne funkcjonowanie seksualne. Zmienne wyjaśniające*

| Zmienna | Współczynnik standaryzowany | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 |
| Zdrowie psychiczne | 0,23 *** | 0,15 * | 0,09 | 0,01 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | | 0,50 *** | 0,53 *** | 0,37 *** |
| Religijność | | | 0,11* | 0,10 * |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | | | | 0,36 * |
| Mieszkanie | | | | -0,21 * |

Ogólne funkcjonowanie seksualne zależne jest od następujących zmiennych - seksualnej zdolności hedonicznej, religijności, zadowolenia z relacji seksualnej, a także wspólnego mieszkania. Poziom zdolności doświadczania przyjemności seksualnej, religijność oraz satysfakcja seksualna pozytywnie wiążą się z funkcjonowaniem

seksualnym. Zmienna mieszkanie, dotycząca wspólnego mieszkania partnerów, związana jest natomiast negatywnie z ogólnym funkcjonowaniem seksualnym, obniżając je.

Przeprowadzona analiza regresji wykazała, że powyższe zmienne niezależne, w ostatecznym modelu (Model 4), wyjaśniają 45% wariacji zmiennej ogólne funkcjonowanie seksualne (skorygowany $R^2 = 0,451$). Przy czym najsilniejszymi predyktorami są zdolność hedoniczna oraz satysfakcja seksualna. Najmniejsze znaczenie w opisywanej konfiguracji zmiennych istotnych ma religijność.

B. Pożądanie

Tabela 41 *Pożądanie. Dopasowanie modeli regresji*

| Model | R | R ² | Popraw. R ² | F | Ogólny Test Modelu | | |
|-------|-------|----------------|------------------------|------|--------------------|-----|-------|
| | | | | | df1 | df2 | p |
| 1 | 0,216 | 0,047 | 0,032 | 3,09 | 5 | 315 | 0,01 |
| 2 | 0,424 | 0,180 | 0,159 | 8,57 | 8 | 312 | <,001 |
| 3 | 0,495 | 0,246 | 0,206 | 6,18 | 16 | 304 | <,001 |
| 4 | 0,549 | 0,301 | 0,250 | 5,84 | 22 | 298 | <,001 |

Tabela 42 *Pożądanie. Porównania między modelami*

| Model | Model | ΔR^2 | F | df1 | df2 | p |
|-------|-------|--------------|-------|-----|-----|-------|
| 1 | 2 | 0,133 | 16,91 | 3 | 312 | <,001 |
| 2 | 3 | 0,065 | 3,29 | 8 | 304 | 0,001 |
| 3 | 4 | 0,056 | 3,96 | 6 | 298 | <,001 |

Tabela 43 *Pożądanie. Zmienne wyjaśniające*

| Zmienna | Współczynnik standaryzowany | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 |
| Zdrowie psychiczne | 0,21 ** | 0,14 * | 0,07 | 0,06 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | | 0,35 *** | 0,41 *** | 0,32 *** |
| Przekonania związane z wiekiem | | | 0,15 * | 0,11 |
| Przekonania o primacie macierzyństwa | | | 0,16 * | 0,14 * |
| Sensoryczna zdolność hedoniczna | | | | 0,14 * |
| Wiedza | | | | 0,11 * |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | | | | 0,17 * |
| Komunikacja w relacji seksualnej | | | | -0,18 * |
| Zadowolenie z relacji | | | | -0,14 * |
| Mieszkanie | | | | -0,33 * |

Dla prawidłowego funkcjonowania w obszarze pożądania istotna jest seksualna zdolność hedoniczna (przyjemność seksualna), a także przekonanie seksualne dotyczące primatu macierzyństwa, przyjemność sensoryczna, wiedza na temat seksualności, aspekty satysfakcji seksualnej dotyczące zadowolenia i komunikacji, zadowolenie z relacji oraz wspólne mieszkanie. Seksualna zdolność hedoniczna najsilniej wpływa na podniesienie poziomu funkcjonowania seksualnego w obszarze pożądania. Pozytywny wpływ na pożądanie ma także sensoryczna zdolność hedoniczna, wiedza na temat seksualności oraz zadowolenie z seksualnych aspektów relacji oraz przekonanie o pierwszeństwie macierzyństwa nad innymi rolami. Negatywnie na pożądanie wpływa natomiast komunikacyjny aspekt satysfakcji seksualnej oraz zadowolenie z pozaseksualnych aspektów relacji oraz wspólne mieszkanie (drugi równie silny jak zdolność hedoniczna predyktor). Model 4, uwzględniający powyższe zmienne niezależne, wyjaśnia prawie 25% wariancji zmiennej zależnej pożądanie (skorygowany $R^2 = 0,249$).

C. Podniecenie

Tabela 44 Podniecenie. Dopasowanie modeli regresji

| Model | R | R ² | Popraw. R ² | F | Ogólny Test Modelu | | |
|-------|-------|----------------|------------------------|-------|--------------------|-----|-------|
| | | | | | df1 | df2 | p |
| 1 | 0,230 | 0,053 | 0,038 | 3,51 | 5 | 315 | 0,004 |
| 2 | 0,466 | 0,217 | 0,197 | 10,82 | 8 | 312 | <,001 |
| 3 | 0,498 | 0,248 | 0,209 | 6,27 | 16 | 304 | <,001 |
| 4 | 0,616 | 0,379 | 0,333 | 8,28 | 22 | 298 | <,001 |

Tabela 45 Podniecenia. Porównania między modelami

| Model | Model | ΔR ² | F | df1 | df2 | p |
|-------|-------|-----------------|-------|-----|-----|-------|
| 1 | - 2 | 0,164 | 21,84 | 3 | 312 | <,001 |
| 2 | - 3 | 0,031 | 1,57 | 8 | 304 | 0,133 |
| 3 | - 4 | 0,131 | 10,48 | 6 | 298 | <,001 |

Tabela 46 Podniecenie. Zmienne wyjaśniające

| Zmienna | Współczynnik standaryzowany | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 |
| Zdrowie psychiczne | 0,22 ** | 0,14 * | 0,08 | -0,01 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | | 0,42 *** | 0,48 *** | 0,33 *** |
| Wiedza | | | | 0,11 * |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | | | | 0,37 *** |

Z podnieceniem najsilniej wiąże się zadowolenie z relacji seksualnej oraz seksualna zdolność hedoniczna. Wiedza na temat seksualności również jest istotnym – jednakże relatywnie słabym - predyktorem. Wszystkie te zmienne niezależne oddziałują pozytywnie na zmienną zależną i poprawiają funkcjonowanie seksualne w obszarze podniecenia.

Finalny model wyjaśnia 33% wariancji zmiennej zależnej - funkcjonowania seksualnego w obszarze podniecenia (skorygowany $R^2 = 0,333$).

D. Lubrykacja

Tabela 47 *Lubrykacja. Dopasowanie modeli regresji*

| Model | R | R ² | Popraw. R ² | Ogólny Test Modelu | | | |
|-------|-------|----------------|------------------------|--------------------|-----|-----|-------|
| | | | | F | df1 | df2 | p |
| 1 | 0,238 | 0,057 | 0,042 | 3,78 | 5 | 315 | 0,002 |
| 2 | 0,413 | 0,170 | 0,149 | 8,01 | 8 | 312 | <,001 |
| 3 | 0,446 | 0,199 | 0,157 | 4,72 | 16 | 304 | <,001 |
| 4 | 0,525 | 0,276 | 0,222 | 5,16 | 22 | 298 | <,001 |

Tabela 48 *Lubrykacja. Porównania między modelami*

| Model | | Model | ΔR^2 | F | df1 | df2 | p |
|-------|---|-------|--------------|-------|-----|-----|-------|
| 1 | - | 2 | 0,114 | 14,27 | 3 | 312 | <,001 |
| 2 | - | 3 | 0,029 | 1,35 | 8 | 304 | 0,218 |
| 3 | - | 4 | 0,077 | 5,27 | 6 | 298 | <,001 |

Tabela 49 *Lubrykacja. Zmienne wyjaśniające*

| Zmienna | Współczynnik standaryzowany | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 |
| Zdrowie psychiczne | 0,18 ** | 0,12 | 0,08 | 0,06 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | | 0,36 *** | 0,39 *** | 0,27 *** |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | | | | 0,27 *** |

Prawidłowa lubrykacja zależna jest finalnie od poziomu zdolności doświadczenia przyjemności seksualnej oraz zadowolenia z relacji seksualnej - oba te czynniki wiążą się z nią pozytywnie.

Zastosowany model zależności pomiędzy zmiennymi niezależnymi, a zmienną zależną wyjaśnia 22% wariacji funkcjonowania seksualnego w obszarze lubrykacji (skorygowany $R^2 = 0,222$).

E. Orgazm

Tabela 50 *Orgazm. Dopasowanie modeli regresji*

| Model | R | R ² | Popraw. R ² | F | Ogólny Test Modelu | | |
|-------|-------|----------------|------------------------|-------|--------------------|-----|-------|
| | | | | | df1 | df2 | p |
| 1 | 0,281 | 0,080 | 0,065 | 5,41 | 5 | 315 | <,001 |
| 2 | 0,48 | 0,23 | 0,211 | 11,69 | 8 | 312 | <,001 |
| 3 | 0,517 | 0,27 | 0,229 | 6,93 | 16 | 304 | <,001 |
| 4 | 0,605 | 0,37 | 0,319 | 7,83 | 22 | 298 | <,001 |

Tabela 51 *Orgazm. Porównania między modelami*

| Model | | Model | ΔR^2 | F | df1 | df2 | p |
|-------|---|-------|--------------|-------|-----|-----|-------|
| 1 | - | 2 | 0,152 | 20,49 | 3 | 312 | <,001 |
| 2 | - | 3 | 0,037 | 1,89 | 8 | 304 | 0,061 |
| 3 | - | 4 | 0,099 | 7,79 | 6 | 298 | <,001 |

Tabela 52 Orgazm. Zmienne wyjaśniające

| Zmienna | Współczynnik standaryzowany | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 |
| Zdrowie psychiczne | 0,13 * | 0,07 | 0,02 | -0,05 |
| Dzieci | 0,38 ** | 0,37 ** | 0,32* | 0,40 ** |
| Seksualna zdolność hedoniczna | | 0,41 *** | 0,44 *** | 0,32 *** |
| Przekonania konserwatywne | | | 0,17 * | 0,14 |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | | | | 0,29 *** |

Doświadczenie orgazmu, jako obszaru prawidłowego funkcjonowania seksualnego, wyjaśniają takie czynniki, jak seksualna zdolność hedoniczna, zadowolenie z relacji seksualnej, a także posiadanie dzieci (najsilniejszy predyktor). Wszystkie te zmienne niezależne wiążą się pozytywnie z doświadczeniem orgazmu i przyczyniając się do wzrostu prawidłowego funkcjonowania seksualnego.

Prawidłowe funkcjonowanie seksualne w obszarze orgazmu wyjaśniane jest przez zastosowany model regresji w 32% (skorygowany $R^2 = 0,319$).

F. Satysfakcja

Tabela 53 Satysfakcja. Dopasowanie modeli regresji

| Model | R | R ² | Popraw. R ² | F | Ogólny Test Modelu | | |
|-------|-------|----------------|------------------------|-------|--------------------|-----|-------|
| | | | | | df1 | df2 | p |
| 1 | 0,321 | 0,103 | 0,089 | 7,25 | 5 | 315 | <,001 |
| 2 | 0,496 | 0,246 | 0,227 | 12,73 | 8 | 312 | <,001 |
| 3 | 0,525 | 0,275 | 0,237 | 7,22 | 16 | 304 | <,001 |
| 4 | 0,815 | 0,665 | 0,639 | 26,83 | 22 | 298 | <,001 |

Tabela 54 *Satysfakcja. Porównania między modelami*

| Model | | Model | ΔR^2 | F | df1 | df2 | p |
|-------|---|-------|--------------|-------|-----|-----|-------|
| 1 | - | 2 | 0,143 | 19,7 | 3 | 312 | <,001 |
| 2 | - | 3 | 0,029 | 1,53 | 8 | 304 | 0,145 |
| 3 | - | 4 | 0,389 | 57,62 | 6 | 298 | <,001 |

Tabela 55 *Satysfakcja. Zmienne wyjaśniające*

| Zmienna | Współczynnik standaryzowany | | | |
|--|-----------------------------|----------|----------|----------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 |
| Wiek | -0,19 ** | -0,20 ** | -0,20 ** | -0,10 * |
| Zdrowie psychiczne | 0,23 *** | 0,16 ** | 0,12 | -0,02 |
| Operacja | 0,32 * | 0,29 * | 0,30 * | 0,20 * |
| Seksualna zdolność hedoniczna | | 0,37 *** | 0,39 *** | 0,14 *** |
| Przekonania związane z obrazem ciała | | | -0,21 * | -0,18 ** |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | | | | 0,14 * |
| Zadowolenie z relacji seksualnej | | | | 0,53 *** |
| Dopasowanie w relacji seksualnej | | | | 0,11 * |
| Zadowolenie z relacji | | | | 0,11 ** |

Z obszarem funkcjonowania seksualnego dotyczącym satysfakcji seksualnej wiąże się wiele czynników przyczyniających się do obniżenia lub poprawy satysfakcji seksualnej. Dla satysfakcji seksualnej znaczenie mają takie zmienne niezależne jak wiek, doświadczenie operacji w obrębie układu płciowego a także czynniki, takie jak zdolność doświadczania przyjemności seksualnej, dysfunkcjonalne przekonania seksualne dotyczące obrazu ciała oraz grzeszności przyjemności, aspekty satysfakcji seksualnej obejmujące zadowolenie oraz dopasowanie oraz zadowolenie z pozaseksualnych aspektów relacji. Większość czynników oddziałuje na satysfakcję seksualną pozytywnie, przyczyniając się do jej zwiększenia i poprawy funkcjonowania seksualnego, jednak zarówno wiek, jak i dysfunkcjonalne przekonania seksualne dotyczące obrazu ciała wpływają na obniżenie satysfakcji seksualnej i pogorszenie funkcjonowania seksualnego

w tym obszarze. Model zmiennych wyjaśnia wariację satysfakcji seksualnej w 64% (skorygowany $R^2 = 0,639$).

G. Ból

Tabela 56 *Ból. Dopasowanie modeli regresji*

| Model | R | R ² | Popraw. R ² | Ogólny Test Modelu | | | |
|-------|-------|----------------|------------------------|--------------------|-----|-----|-------|
| | | | | F | df1 | df2 | p |
| 1 | 0,227 | 0,052 | 0,036 | 3,42 | 5 | 315 | 0,005 |
| 2 | 0,473 | 0,224 | 0,204 | 11,27 | 8 | 312 | <,001 |
| 3 | 0,486 | 0,236 | 0,196 | 5,86 | 16 | 304 | <,001 |
| 4 | 0,52 | 0,271 | 0,217 | 5,03 | 22 | 298 | <,001 |

Tabela 57 *Ból. Porównania między modelami*

| Model | | Model | ΔR^2 | F | df1 | df2 | p |
|-------|---|-------|--------------|--------|-----|-----|-------|
| 1 | - | 2 | 0,173 | 23,143 | 3 | 312 | <,001 |
| 2 | - | 3 | 0,012 | 0,582 | 8 | 304 | 0,793 |
| 3 | - | 4 | 0,035 | 2,387 | 6 | 298 | 0,029 |

Tabela 58 *Ból. Zmienne wyjaśniające*

| Zmienna | Współczynnik standaryzowany | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----------|----------|----------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 |
| Zdrowie psychiczne | 0,14 * | 0,08 | 0,07 | 0,05 |
| Seksualna zdolność hedoniczna | | 0,41 *** | 0,40 *** | 0,34 *** |
| Społeczna zdolność hedoniczna | | | -0,12 * | -0,12 * |
| Mieszkanie | | | | -0,26 * |

Zgodnie z wynikami uzyskanymi z przeprowadzonej analizy regresji, na obszar funkcjonowania seksualnego dotyczący odczuwania bólu genitalno-miednicznego podczas aktywności seksualnej wpływa zdolność hedoniczna seksualna i społeczna, a także wspólne mieszkanie z osobą partnerską. Zdolność doświadczania przyjemności seksualnej oddziałuje pozytywnie na obszar funkcjonowania seksualnego dotyczący bólu i przyczynia się do zmniejszenia dolegliwości bólowych. Natomiast na zwiększanie odczuć bólowych w obszarze genitalno-miedniczym i tym samym obniżenie funkcjonowania seksualnego ma wpływ ogólna zdolność doświadczania przyjemności w sferze społecznej oraz wspólne mieszkanie - są to zmienne działające negatywnie na funkcjonowanie seksualne w tym obszarze. Model 4, uwzględniający powyższe zmienne niezależne, wyjaśnia prawie 22% wariacji zmiennej zależnej ból genitalno-miedniczny (skorygowany $R^2 = 0,217$).

Przeprowadzone analizy umożliwiły zidentyfikowanie predyktorów istotnych dla funkcjonowania seksualnego globalnie i w jego poszczególnych obszarach. Podsumowanie zmiennych wyjaśniających funkcjonowanie seksualne kobiet przedstawia tabela 59.

Spośród cech demograficznych tylko wiek i operacje okazały się być istotnymi predyktorami satysfakcji seksualnej niezależnie od kontekstu, który tworzyły wprowadzane w kolejnych modelach zmienne. Podobną pozycję pośród zmiennych ma posiadanie dzieci w odniesieniu do orgazmu. Zdrowie psychiczne natomiast tylko w początkowych modelach stanowiło predyktor istotny, natomiast już po wprowadzeniu do modelu zdolności hedonicznej, a zwłaszcza wiedzy i przekonań oraz charakterystyk relacji traciło na znaczeniu.

Seksualna zdolność hedoniczna konsekwentnie stanowiła najwyrazistszy (albo drugi w kolejności) predyktor funkcjonowania seksualnego, niezależnie od kontekstu innych wprowadzonych zmiennych. Zdolność do doświadczania przyjemności sensorycznej pojawiła się tylko w odniesieniu do pożądania w ostatecznym modelu, natomiast zdolność do doświadczania przyjemności w relacjach społecznych okazała się jedynie predyktorem bólu w dwóch ostatnich modelach.

Zmienne z kategorii wiedzy i przekonań wiązały się w funkcjonowaniem seksualnym raczej incydentalnie.

Z kolei spośród charakterystyka relacji zadowolenie z relacji seksualnej stanowiło istotny predyktor prawie wszystkich obszarów funkcjonowania seksualnego, oprócz obszaru funkcjonowania seksualnego związanego z bólem. Dla pożądania, oprócz

zadowolenia z relacji seksualnej, istotne okazały się komunikacja w relacji seksualnej oraz zadowolenie z pozaseksualnych aspektów relacji. Zadowolenie z pozaseksualnych aspektów relacji, obok zadowolenia z aspektów seksualnych oraz dopasowania w relacji seksualnej, było istotnym predyktorem satysfakcji.

Wspólne mieszkanie stanowiło istotny predyktor prawidłowego funkcjonowania seksualnego w obszarze pożądania i bólu, a także ogólnego funkcjonowania seksualnego.

Tabela 59 Podsumowanie wyników analiz regresji

| PREDYKTORY | | FUNKCJONOWANIE SEKSUALNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------------|---|---|---|------------|---|---|---|--------|---|---|---|-------------|---|---|---|-----|---|---|---|
| | | Ogólne | | | | Pożądanie | | | | Podniecenie | | | | Lubrykacja | | | | Orgazm | | | | Satysfakcja | | | | Ból | | | |
| | | Model | | | | Model | | | | Model | | | | Model | | | | Model | | | | Model | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cechy demograficzne | Wiek | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | |
| | Zdrowie psychiczne | X | X | | | X | X | | | X | X | | | X | | | | | | X | X | | | X | | | | | |
| | Zdrowie fizyczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Operacje | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | |
| | Dzieci | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X | | | | | | | |
| Zdolność hedonistyczna | Sensoryczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Spoleczna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | |
| | Seksualna | | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | X | X | | |
| Wiedza i przekonania | Wiedza o seksualności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Religijność | | | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Przekonania konserwatywne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Przekonania o grzeszności przyjemności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |
| | Przekonania związane z wiekiem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Przekonania związane z obrazem ciała | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |
| | Przekonania o podrzędności uczuć | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Przekonania o prymacie macierzyństwa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Zadowolenie z relacji seksualnej | | | | X | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | X | |
| | Komunikacja w relacji seksualnej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| Charakterystyki relacji | Dopasowanie w relacji seksualnej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |
| | Ogólna satysfakcja seksualna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |
| | Zadowolenie z relacji | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |
| | Sformalizowanie związku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Wspólne mieszkanie | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | |

Mediatory zależności pomiędzy zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym

Teoretyczny model zakłada, że zarówno dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności, jak i satysfakcja odczuwana w relacji mediuje zależność pomiędzy zdolnością hedoniczną i funkcjonowaniem seksualnym. Przeprowadzone analizy regresji pozwoliły na zidentyfikowanie istotnych predyktorów funkcjonowania seksualnego kobiet, wskazując jednocześnie, że zmienne takie jak zadowolenie z relacji seksualnej, sensoryczna i seksualna zdolność hedoniczna, zadowolenie z relacji, dopasowanie i komunikacja w relacji seksualnej mogą być istotnymi zmiennymi pośredniczącymi w relacjach funkcjonowania seksualnego i jego obszarów z innymi zmiennymi.

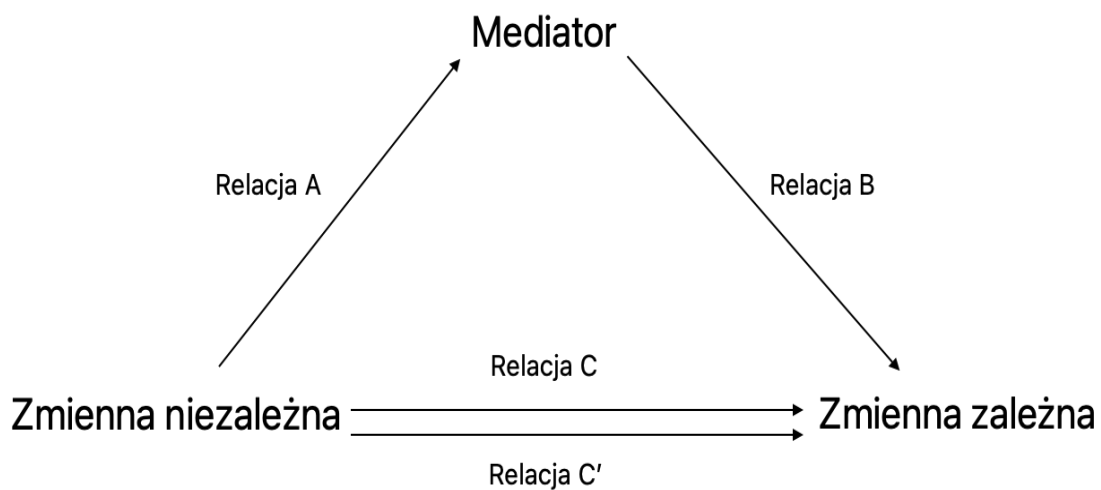
W celu zbadania efektów mediacyjnych przeprowadzono serię analiz, których podsumowanie przedstawia Tabela 60. Interpretacja wyników analiz mediacyjnych opiera się na analizie porównawczej wartości efektu całkowitego (relacja C) i efektu bezpośredniego (relacja C'). Jeśli efekt całkowity jest większy niż efekt bezpośredni ($C' < C$) przy jednoczesnej istotności obu efektów, pomiędzy zmiennymi zachodzi mediacja częściowa. Jeśli efekt bezpośredni przestaje być statystycznie istotny, wynik wskazuje na całkowitą mediację. Natomiast wtedy, gdy efekt całkowity jest mniejszy niż efekt bezpośredni ($C' > C$) zachodzi supresja. Jeśli obie relacje nadal zostają statystycznie istotne, mamy do czynienia z częściową supresją - jeśli efekt bezpośredni pod działaniem zmiennej pośredniczącej przestaje być statystycznie istotny zachodzi supresja całkowita.

Tabela 60 Badane efekty mediacyjne

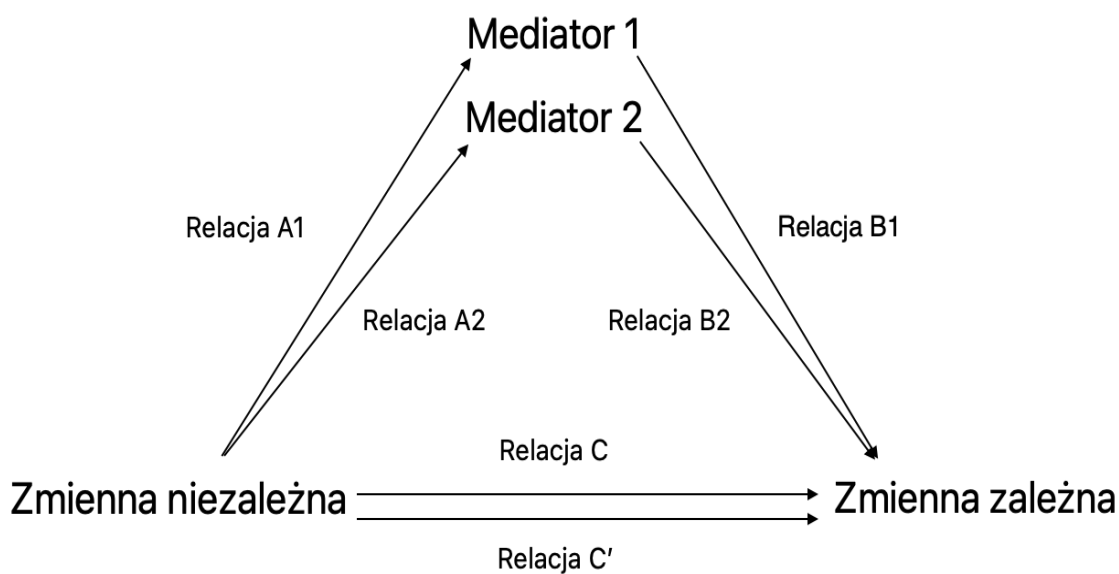
| Zmienna zależna (Y) | Zmienna pośrednicząca (M) | Zmienna niezależna (X) |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Ogólne funkcjonowanie seksualne | Zadowolenie z relacji seksualnej | Seksualna zdolność hedoniczna |
| Podniecenie | Zadowolenie z relacji seksualnej | Seksualna zdolność hedoniczna |
| Lubrykacja | Zadowolenie z relacji seksualnej | Seksualna zdolność hedoniczna |
| Orgazm | Zadowolenie z relacji seksualnej | Seksualna zdolność hedoniczna |
| Pożądanie | Zadowolenie z relacji seksualnej Zadowolenie z relacji | Seksualna zdolność hedoniczna |
| Pożądanie | Zadowolenie z relacji seksualnej Komunikacja w relacji seksualnej Zadowolenie z relacji | Sensoryczna zdolność hedoniczna |
| Satysfakcja | Zadowolenie z relacji seksualnej Dopasowanie w relacji seksualnej Zadowolenie z relacji | Seksualna zdolność hedoniczna |

| Zmienna zależna (Y) | Zmienna pośrednicząca (M) | Zmienna niezależna (X) |
|---------------------|--|--|
| Satysfakcja | Przekonania związane z obrazem ciała Przekonania o grzeszności przyjemności | Seksualna zdolność hedoniczna |
| Pożądanie | Przekonania o primacie macierzyństwa | Seksualna zdolność hedoniczna |
| Pożądanie | Przekonania o primacie macierzyństwa | Sensoryczna zdolność hedoniczna |
| Satysfakcja | Seksualna zdolność hedoniczna | Przekonania związane z obrazem ciała |
| Satysfakcja | Seksualna zdolność hedoniczna | Przekonania o grzeszności przyjemności |
| Pożądanie | Seksualna zdolność hedoniczna | Przekonania o primacie macierzyństwa |
| Pożądanie | Sensoryczna zdolność hedoniczna | Przekonania o primacie macierzyństwa |

Ogólne modele uwzględniające efekt zmiennej pośredniczącej lub zmiennych pośredniczących przedstawiają rysunki 6 i 7. Rysunek 6 przedstawia model mediacji prostej – z jednym mediatorem, rysunek 7 odnosi się do modeli uwzględniających więcej mediatorów, działających „równolegle”.



Rysunek 6 *Ogólny model mediacyjny - mediacje proste*



Rysunek 7 Ogólny model mediacyjny - mediacje równoległe (równoległe)

Analizy mediacji przeprowadzono w programie JASP (wersja 0.17.3) przy zastosowaniu metody bootstrappingu z 5000 replikacjami.

Tabela 61 Wyniki analiz mediacyjnych z jedną zmienną pośredniczącą (mediacje proste).

| X | M | Efekt całkowity (relacja C) | | | Efekt bezpośredni (Relacja C') | | | Efekt pośredni | | |
|---|------|-----------------------------|--------------|--------|--------------------------------|--------------|--------|----------------|--------------|--------|
| | | B | 95% | p | B | 95% | p | B | 95% | p |
| Y: Ogólne funkcjonowanie seksualne | | | | | | | | | | |
| SKZH | ZzRS | 0,084 | 0,067; 0,101 | <0,001 | 0,056 | 0,037; 0,075 | <0,001 | 0,028 | 0,019; 0,038 | <0,001 |
| Y: Podniecenie | | | | | | | | | | |
| SKZH | ZzRS | 0,070 | 0,054; 0,086 | <0,001 | 0,044 | 0,025; 0,064 | <0,001 | 0,026 | 0,017; 0,037 | <0,001 |
| Y: Lubrykacja | | | | | | | | | | |
| SKZH | ZzRS | 0,060 | 0,041; 0,078 | <0,001 | 0,040 | 0,019; 0,061 | <0,001 | 0,020 | 0,012; 0,030 | <0,001 |
| Y: Orgazm | | | | | | | | | | |
| SKZH | ZzRS | 0,069 | 0,052; 0,084 | <0,001 | 0,046 | 0,027; 0,064 | <0,001 | 0,022 | 0,014; 0,032 | <0,001 |
| Y: Pożądanie | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|------|-------|--------------|--------|-------|--------------|--------|-------------------------|-----------------------------------|-------|
| SKZH | PoPM | 0,061 | 0,040; 0,080 | <0,001 | 0,071 | 0,052; 0,087 | <0,001 | -0,010 | -0,020; -0,040 | 0,002 |
| Y: Pożądanie | | | | | | | | | | |
| SNZH | PoPM | 0,016 | 0,006; 0,025 | <0,001 | 0,016 | 0,007; 0,026 | <0,001 | -9.085x10 ⁻⁴ | -0,003; 2,365x10 ⁻⁴ | 0,236 |

Objaśnienia:

SKZH - seksualna zdolność hedoniczna, **ZzRS** - zadowolenie z relacji seksualnej, **PoPM** - dysfunkcjonalne przekonania o prymacie macierzyństwa.

Przeprowadzone analizy prostych efektów mediacyjnych umożliwiły zidentyfikowanie mediatorów relacji funkcjonowania seksualnego i seksualnej zdolności hedonicznej.

Zmienna zadowolenie z relacji seksualnej pośredniczy w relacji pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a ogólnym funkcjonowaniem seksualnym oraz obszarem funkcjonowania seksualnego związanego z odczuwaniem podniecenia, lubrykacją i orgazmem. We wszystkich tych przypadkach zachodzi mediacja częściowa. Seksualna zdolność hedoniczna, podnosząc zadowolenie z relacji seksualnej, przekłada się na ogólne funkcjonowanie seksualne, odczuwanie podniecenia oraz obszar lubrykacji i orgazmu, polepszając funkcjonowanie seksualne w tych zakresach.

Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności związane z prymatem macierzyństwa pośredniczą w relacji pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a obszarem pożądania funkcjonowania seksualnego. Wyniki analiz wskazują tu na częściową supresję, czyli dysfunkcjonalne przekonania dotyczące prymatu macierzyństwa tłumią efekt oddziaływania seksualnej zdolności hedonicznej na funkcjonowanie seksualne w obszarze pożądania; przy statystycznej kontroli tych przekonań efekt zdolności hedonicznej dla pożądania jest wyrazistszy.

Efekt pośredni w relacji między sensoryczną zdolnością hedoniczną i funkcjonowaniem w obszarze pożądania zapośredniczonej przez dysfunkcjonalne przekonania o prymacie macierzyństwa nie był statystycznie istotny, stąd nie ma wystarczających podstaw, by analizować przekonania o prymacie macierzyństwa jako mediator tej relacji.

Tabela 62 Wyniki analiz mediacyjnych z kilkoma zmiennymi pośredniczącymi (mediacje paralelne). Zdolność hedoniczna jako zmienna niezależna, zmienna zależna - pożądanie

| X | SKZH | | | SNZH | | |
|-------------------------------|-----------|--------------------------------|--------|-----------|--------------------------------|--------|
| | B | 95% | p | B | 95% | p |
| M1 | ZzRS | | | ZzRS | | |
| M2 | ZzR | | | KwRS | | |
| M3 | - | | | ZzR | | |
| Y | Pożądanie | | | Pożądanie | | |
| | B | 95% | p | B | 95% | p |
| Efekt całkowity (relacja C) | 0,061 | 0,040; 0,079 | <0,001 | 0,016 | 0,006; 0,025 | <0,001 |
| Efekt bezpośredni (relacja C) | 0,053 | 0,031; 0,072 | <0,001 | 0,013 | 0,004; 0,022 | 0,003 |
| Efekty pośrednie: | | | | | | |
| X→M1→Y | 0,013 | 0,005; 0,023 | 0,002 | 0,005 | 0,002; 0,011 | 0,007 |
| X→M2→Y | -0,006 | -0,016; -5,46x10 ⁻⁴ | 0,023 | -0,001 | -0,003; 1,83x10 ⁻⁴ | 0,208 |
| X→M3→Y | | | | -0,002 | -0,005; -2,65x10 ⁻⁴ | 0,073 |
| Całkowity efekt pośredni | 0,008 | -0,002; 0,017 | <0,001 | 0,003 | -2,32x10 ⁻⁴ ; 0,007 | 0,080 |

Objaśnienia:

SKZH - seksualna zdolność hedoniczna, **SNZH** - sensoryczna zdolność hedoniczna, **DwRS** - dopasowanie w relacji seksualnej, **ZzRS** - zadowolenie z relacji seksualnej, **ZzR** - zadowolenie z relacji (pozaseksualnych aspektów), **KwRS** - komunikacja w relacji seksualnej,

W relacji pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a pożądaniem pośredniczą wspólnie działające zmienne związane z zadowoleniem z relacji seksualnej i zadowoleniem z relacji (jej pozaseksualnych aspektów). Obie równoległe działające zmienne częściowo mediują relacje pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym w obszarze pożądania, wyjaśniając pozytywny efekt seksualnej zdolności hedonicznej na pożądanie.

Relacja pomiędzy sensoryczną zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym w obszarze pożądania jest zapośredniczona przez działanie zmiennych dotyczących zadowolenia z relacji seksualnej, komunikacji w relacji seksualnej i zadowolenia z relacji (jej pozaseksualnych aspektów) i ma charakter częściowej mediacji. Całkowity efekt pośredni a także efekty pośrednie działania komunikacji w relacji seksualnej i zadowolenia z relacji na relację między sensoryczną zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem

seksualnym w obszarze pożądania nie są istotne statystycznie. Oznacza to, że przy działaniu wszystkich mediatorów równoległych, jedynie zadowolenie z relacji seksualnej odgrywa rolę w zapośredniczeniu relacji pomiędzy zdolnością hedoniczną a seksualnym funkcjonowaniem w obszarze pożądania.

Tabela 63 Wyniki analiz mediacyjnych z kilkoma zmiennymi pośredniczącymi (mediacje paralelne). Zdolność hedoniczna jako zmienna niezależna, zmienna zależna - satysfakcja

| X | SKZH | | | SKZH | | |
|-------------------------------|-------------|-------------------------------|--------|-------------|---------------|--------|
| M1 | ZzRS | | | PzOC | | |
| M2 | DwRS | | | PoGP | | |
| M3 | ZzR | | | - | | |
| Y | Satysfakcja | | | Satysfakcja | | |
| | B | 95% | p | B | 95% | p |
| Efekt całkowity (relacja C) | 0,067 | 0,049; 0,085 | <0,001 | 0,016 | 0,006; 0,025 | <0,001 |
| Efekt bezpośredni (relacja C) | 0,019 | 0,052; 0,084 | <0,001 | 0,067 | 0,0049; 0,083 | <0,001 |
| Efekty pośrednie: | | | | | | |
| X→M1→Y | 0,036 | 0,026; 0,050 | <0,001 | 0,007 | -0,003; 0,023 | 0,131 |
| X→M2→Y | 0,007 | 0,001; 0,015 | 0,008 | -0,006 | -0,021; 0,006 | 0,228 |
| X→M3→Y | 0,004 | 6,71x10 ⁻⁴ ; 0,011 | 0,016 | | | |
| Całkowity efekt pośredni | 0,048 | 0,037; 0,061 | <0,001 | 0,003 | -0,007; 0,010 | 0,879 |

Objaśnienia:
SKZH - seksualna zdolność hedoniczna, **SNZH** - sensoryczna zdolność hedoniczna,
DwRS - dopasowanie w relacji seksualnej,
ZzRS - zadowolenie z relacji seksualnej, **ZzR** - zadowolenie z relacji (pozaseksualnych aspektów),
KwRS - komunikacja w relacji seksualnej, **PoPM** - przekonania związane z obrazem ciała,
PoGP - przekonania o grzeszności przyjemności

W relacji pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a obszarem satysfakcji funkcjonowania seksualnego pośredniczą zmienne zadowolenie z relacji seksualnej, dopasowanie w relacji seksualnej oraz zadowolenie z relacji (w jej pozaseksualnych aspektach). Wszystkie efekty pośrednie działania zmiennych są istotne zatem wszystkie mediatory równoległe odgrywają rolę w zapośredniczeniu relacji pomiędzy seksualną

zdolnością hedoniczną a obszarem funkcjonowania seksualnego związanego z satysfakcją częściowo ją mediując. Relacja pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym w obszarze satysfakcji jest zapośredniczona przez działanie dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności związanych z obrazem ciała oraz grzesznością przyjemności i ma charakter częściowej supresji. Zmienne dotyczące dysfunkcyjnych przekonań tłumią efekt oddziaływania seksualnej zdolności hedonicznej, podnoszącej poziom funkcjonowania seksualnego w obszarze satysfakcji.

Model teoretyczny (por. rysunek 3, rozdz. 6.2) zakłada również możliwość oddziaływania przekonań zarówno na zdolność doświadczania przyjemności, jak i funkcjonowanie seksualne. W takiej sytuacji zdolność hedoniczna staje się mediatorem relacji między przekonaniami a funkcjonowaniem seksualnym. Dalsze analizy mediacyjne odnoszą się właśnie do takiego modelu.

Tabela 64 Wyniki analiz mediacyjnych z jedną zmienną pośredniczącą (mediacje proste).
Zdolność hedoniczna jako mediator

| X | M | Efekt całkowity (relacja C) | | | Efekt bezpośredni (Relacja C') | | | Efekt pośredni | | |
|-----------------------|------|-----------------------------|----------------|--------|--------------------------------|---------------|--------|----------------|----------------|--------|
| | | B | 95% | t | B | 95% | t | B | 95% | t |
| Y: Pożądanie | | | | | | | | | | |
| PoPM | SKZH | 0,017 | -0,031; 0,063 | 0,467 | 0,079 | 0,034; 0,126 | <0,001 | -0,062 | -0,087; -0,040 | <0,001 |
| Y: Pożądanie | | | | | | | | | | |
| PoPM | SNZH | 0,017 | -0,030; 0,064 | 0,467 | 0,030 | -0,016; 0,075 | 0,191 | -0,013 | -0,030; -0,003 | 0,025 |
| Y: Satysfakcja | | | | | | | | | | |
| PZzOC | SKZH | -0,098 | -0,176; -0,014 | <0,001 | -0,028 | -0,100; 0,046 | 0,333 | -0,071 | -0,106; -0,044 | <0,001 |
| Y: Satysfakcja | | | | | | | | | | |
| PoGP | SKZH | -0,055 | -0,105; -0,005 | 0,004 | -4,37x10 ⁻⁴ | -0,047; 0,049 | 0,981 | -0,054 | -0,077; -0,036 | <0,001 |

Objaśnienia:

SKZH - seksualna zdolność hedoniczna, **SNZH** - sensoryczna zdolność hedoniczna,
PoPM - dysfunkcyjne przekonania o prymacie macierzyństwa,
PZzOC - dysfunkcyjne przekonania związane z obrazem ciała,
PoGP - dysfunkcyjne przekonania o grzeszności przyjemności

Zmienna seksualna zdolność hedoniczna pośredniczy w relacji pomiędzy dysfunkcjonalnymi przekonaniami seksualnymi dotyczącymi prymatu macierzyństwa a obszarem funkcjonowania seksualnego związanego z pożądaniem. Wyniki analiz wskazują na całościową supresję, czyli seksualna zdolność hedoniczna tłumi efekt oddziaływania tego rodzaju dysfunkcjonalnych przekonań seksualnych na funkcjonowanie seksualne w obszarze pożądania (przy kontrolowaniu seksualnej zdolności hedonicznej efekt dysfunkcjonalnych przekonań obniżający pożądanie nie jest istotny).

Efekt pośredniczący sensorycznej zdolności hedonicznej na relację pomiędzy dysfunkcjonalnymi przekonaniami seksualnymi dotyczącymi prymatu macierzyństwa a obszarem funkcjonowania seksualnego w obszarze pożądania okazał się nieistotny statystycznie.

Seksualna zdolność hedoniczna pośredniczy w relacji pomiędzy dysfunkcjonalnymi przekonaniami na temat seksualności związanymi z obrazem ciała oraz grzesznością przyjemności a funkcjonowaniem seksualnym w obszarze satysfakcji, całkowicie ją mediując. Oznacza to, że przekonania mają wpływ na zdolność hedoniczną, obniżając jej poziom, a ten z kolei przekłada się na satysfakcję, która - wiążąc się z niższą zdolnością hedoniczną - również jest obniżona.

Przeprowadzone analizy mediacji pozwalają na weryfikację hipotezy (H24) dotyczącej dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności i zadowolenia odczuwanego w relacji jako mediatorów relacji pomiędzy zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym i jej potwierdzenie.

Zadowolenie z relacji seksualnej - będące elementem zadowolenia odczuwanego w relacji okazało się istotnym mediatorem relacji pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym w takich obszarach jak podniecenie, lubrykacja, orgazm oraz ogólne funkcjonowanie seksualne. Zadowolenie z relacji seksualnej, działając równolegle z zadowoleniem z relacji (aspektami pozaseksualnymi satysfakcji odczuwanej w relacji) jest mediatorem relacji zdolności hedonicznej z pożądaniem, a przy dodatkowym udziale dopasowania w relacji seksualnej zmienne te mediują związek seksualnej zdolności hedonicznej i funkcjonowania seksualnego w obszarze satysfakcji.

Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności okazały się istotnymi zmiennymi pośredniczącymi w relacjach pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a takimi obszarami funkcjonowania seksualnego jak pożądanie i satysfakcja, jednakże stwierdzony efekt ma charakter supresji.

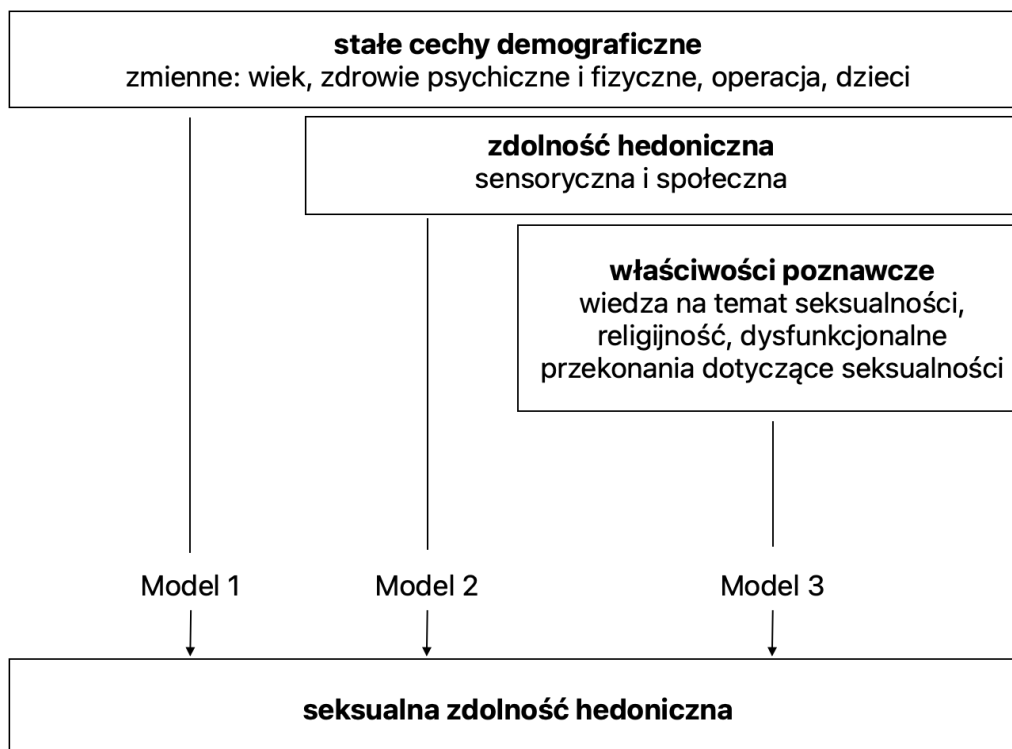
Z analiz wynika również, że seksualna zdolność hedoniczna jest istotnym mediatorem relacji między obszarami funkcjonowania seksualnego (pożądaniem i satysfakcją) a dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności (przekonania o prymacie macierzyństwa, przekonania o grzeszności przyjemności i przekonania związane z obrazem ciała).

7.3.5. Analizy dodatkowe

Dotychczasowe analizy przeprowadzone na badanych zmiennych pokazały, że seksualna zdolność hedoniczna jest czynnikiem istotnie związanym z funkcjonowaniem seksualnym, satysfakcją odczuwaną w relacji i przekonaniami na temat seksualności.

Z punktu widzenia podejmowanej tematyki oraz dotychczasowych informacji uzyskanych z analiz, przeprowadzonych na zebranych materiale badawczym, wydaje się być zasadne zbadanie, które z analizowanych wcześniej czynników są predyktorami seksualnej zdolności hedonicznej.

W tym celu przeprowadzono analizę regresji mającą na celu sprawdzenie, czy stałe cechy demograficzne, inne rodzaje zdolności hedonicznej czy też indywidualne przekonania i wiedza będą miały znaczenie dla seksualnej zdolności hedonicznej.



Rysunek 8 Model regresji - etapy wprowadzania zmiennych

Model teoretyczny będący podstawą pracy, zakłada, że zdolność hedoniczna jest względnie stałą cechą jednostki (zależną od działania neuronalnych struktur i procesów), która jednak może ulegać modyfikacjom na przestrzeni życia. Oznacza to, że cechy demograficzne, jak wiek czy macierzyństwo, a także czynniki związane ze zdrowiem, mogą działać na procesy nerwowe leżące u podstaw zdolności hedonicznej. Zmiany w zdolności hedonicznej mogą także zachodzić jako efekt odczuwania przyjemności (oddziałujących na nadrzędny mechanizm zdolności hedonicznej) i pod wpływem czynników związanych z poznawczymi właściwościami (dotyczącymi przekonań i wiedzy), które podlegają zmianom i aktualizacjom na przestrzeni lat. Te informacje uzasadniają kolejność wprowadzania zmiennych do testowanego modelu regresji.

Tabela 65 *Seksualna zdolność hedoniczna. Dopasowanie modeli regresji*

| Model | R | R ² | Adjusted R ² | Ogólny Test Modelu | | | |
|-------|-------|----------------|-------------------------|--------------------|-----|-----|--------|
| | | | | F | df1 | df2 | p |
| 1 | 0,254 | 0,0645 | 0,0496 | 4,34 | 5 | 315 | < ,001 |
| 2 | 0,344 | 0,1183 | 0,0986 | 6,00 | 7 | 313 | < ,001 |
| 3 | 0,542 | 0,2934 | 0,2586 | 8,44 | 15 | 305 | < ,001 |

Tabela 66 *Seksualna zdolność hedoniczna. Porównania między modelami*

| Model | Model | ΔR ² | F | df1 | df2 | p |
|-------|-------|-----------------|------|-----|-----|--------|
| 1 | - 2 | 0,0538 | 9,55 | 2 | 313 | < ,001 |
| 2 | - 3 | 0,1751 | 9,45 | 8 | 305 | < ,001 |

Tabela 67 *Seksualna zdolność hedoniczna. Zmienne wyjaśniające*

| Zmienna | Współczynnik standaryzowany | | |
|--------------------|-----------------------------|--------------|----------------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 |
| Wiek | 0,02 | 0,01 | -0,27 |
| Zdrowie psychiczne | 0,17 ** | 0,15* | 0,20 ** |
| Zdrowie fizyczne | 0,10 | 0,08 | -0,01 |
| Dzieci | 0,02 | 0,04 | 0,10 |

| | | | |
|---|------|-----------------|-----------------|
| Operacje | 0,08 | 0,06 | -0,05 |
| Sensoryczna zdolność hedoniczna | | 0,26 *** | 0,20 *** |
| Spoleczna zdolność hedoniczna | | -0,04 | -0,02 |
| Wiedza | | | 0,12 * |
| Religijność | | | -0,05 |
| Przekonania konserwatywne | | | -0,20 * |
| Przekonania o grzeszności przyjemności | | | -0,22 * |
| Przekonania związane z wiekiem | | | -0,01 |
| Przekonania związane z obrazem ciała | | | 0,09 |
| Przekonania o podrzędności uczuć | | | -0,06 |
| Przekonania o primacie macierzyństwa | | | -0,06 |

Na seksualną zdolność hedoniczną oddziałuje wiele czynników, które przyczyniają się do zmian poziomu zdolności do odczuwania przyjemności z aktywności seksualnej.

Najsilniejszymi predyktorami pozytywnymi seksualnej zdolności hedonicznej okazały się ogólna sensoryczna zdolność hedoniczna oraz zdrowie psychiczne. Również poziom wiedzy na temat seksualności ma znaczenie pozytywne dla zdolności doświadczania przyjemności seksualnej. zmienne dotyczące dysfunkcyjnych przekonań seksualnych (przekonania konserwatywne i przekonania o grzeszności przyjemności) wpływają na obniżenie seksualnej zdolności hedonicznej i odczuwanie przyjemności z aktywności seksualnej.

Założony model zmiennych wyjaśnia wariację seksualnej zdolności hedonicznej w 26% (skorygowany $R^2 = 0,258$).

Zatem seksualnej zdolności hedonicznej sprzyja ogólna zdolność doświadczania przyjemności (wysoki ton hedoniczny), zdrowie psychiczne i wiedza na temat seksualności. Dysfunkcyjne przekonania seksualne związane z konserwatyzmem seksualnym oraz grzesznością przyjemności mogą natomiast ograniczać zdolność czerpania przyjemności z aktywności seksualnej.

8. Interpretacja i dyskusja wyników badań własnych

8.1. Podsumowanie wyników

Przeprowadzone analizy uzyskanych wyników umożliwiły odpowiedź na postawione pytania badawcze oraz weryfikację wynikających z nich hipotez. Założony model teoretyczny powiązań między zmiennymi, na którym oparte zostały badania, został w znacznej mierze potwierdzony. Najważniejsze ustalenia empiryczne, wynikające z przeprowadzonych badań są następujące:

1. Brak jest podstaw do wnioskowania o istnieniu ogólnej zdolności hedonicznej, która odnosiłaby się do całokształtu doświadczania przyjemności. Doniesienia teoretyczne, które zakładały istnienie zdolności hedonicznej wyższego rzędu (wielowymiarowego konstrukt mieszczącego w sobie różne rodzaje przyjemności) lub też ogólnej zdolności hedonicznej dla wszystkich przyjemnych doświadczeń, nie znalazły potwierdzenia w wynikach. Dane sugerują, że istnieje wiele równorzędnych zdolności hedonicznych, odnoszących się do różnych sfer funkcjonowania człowieka i właściwych im źródeł przyjemnych doświadczeń – zmysłowych, seksualnych i społecznych. Poszczególne zdolności hedoniczne, odnoszące się do różnych obszarów funkcjonowania człowieka, są ze sobą skorelowane w różnym stopniu.
2. Ogólny poziom funkcjonowania seksualnego wiąże się istotnie z seksualną i sensoryczną zdolnością hedoniczną i niektórymi aspektami społecznej zdolności hedonicznej (konsumacyjnej oraz zdolności odczuwania przyjemności społecznej z kontaktów grupowych i nawiązywania kontaktów). Poszczególne obszary funkcjonowania seksualnego również wchodzi w istotne związki ze zdolnościami hedonicznymi, jednak najsilniejsze są związki funkcjonowania seksualnego i jego poszczególnych obszarów - pożądania, podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji i doświadczeń bólowych - z seksualną zdolnością hedoniczną. Założenie o większej sile związku pomiędzy doświadczaniem orgazmu i zdolnością hedoniczną, w porównaniu do związku zdolności hedonicznej z innymi zmiennymi dotyczącymi seksualnego funkcjonowania, nie znalazło potwierdzenia w wynikach. W odniesieniu do wszystkich obszarów korelacje z seksualną zdolnością hedoniczną są umiarkowane, a z sensoryczną zdolnością hedoniczną w aspekcie antycypacyjnym słabe.

3. Satysfakcja seksualna – zarówno ogólna, jak i jej aspekt komunikacji, zadowolenia i dopasowania - oraz zadowolenie z relacji (pozaseksualnych aspektów związku) są na ogół pozytywnie związane z ogólnym funkcjonowaniem seksualnym kobiet i jego poszczególnymi obszarami. Nieistotna okazała się relacja pomiędzy obszarem funkcjonowania seksualnego związanego z pożądaniem a zadowoleniem z relacji i komunikacją w relacji seksualnej. Satysfakcja odczuwana w relacji jest najsilniej związana z obszarem funkcjonowania seksualnego związanego z satysfakcją. Zadowolenie z relacji oraz satysfakcja seksualna - zmienne składające się na satysfakcję odczuwaną w relacji - były ze sobą pozytywnie powiązane, czyli wraz ze wzrostem zadowolenia ze związku (relacyjnych aspektów związku) wzrasta poziom satysfakcji seksualnej (seksualnego aspektu związku).
4. Satysfakcja odczuwana w relacji wiąże się istotnie ze zdolnością do odczuwania przyjemności seksualnej. Istotne, aczkolwiek raczej słabe, okazały się korelacje pomiędzy zadowoleniem z relacji a konsumacyjną zdolnością hedoniczną o charakterze zmysłowym i społeczną zdolnością hedoniczną w kontaktach intymnych. Aspekt dopasowania w relacji seksualnej istotnie wiąże się ze sensoryczną zdolnością hedoniczną oraz społeczną zdolnością hedoniczną w aspekcie konsumacyjnym i w kontaktach intymnych. Ogólna satysfakcja seksualna wiąże się ze społeczną zdolnością hedoniczną w kontaktach intymnych.
5. Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności są częściowo powiązane z funkcjonowaniem seksualnym. Istotne korelacje są ujemne, co oznacza, że nasilenie dysfunkcjonalnych przekonań wiąże się z gorszym funkcjonowaniem seksualnym. Ogólny poziom dysfunkcjonalnych przekonań wiąże się z obszarami funkcjonowania seksualnego związanymi z podnieceniem, lubrykacją, satysfakcją i bólem - korelacje te są istotne, jednak o słabej sile. Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności związane z grzesznością przyjemności, obrazem ciała oraz podrzędnością uczuć wchodzą w najwięcej negatywnych związków z funkcjonowaniem seksualnym. Dysfunkcjonalne przekonania związane z wiekiem (których znaczna część dotyczy stereotypów dotyczących okresu menopauzy) wiąże się istotnie jedynie z funkcjonowaniem seksualnym w zakresie podniecenia i bólu.
6. Dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności, zwłaszcza przekonania o grzeszności przyjemności, przekonania związane z obrazem ciała oraz przekonania o prymacie macierzyństwa, są związane negatywnie z satysfakcją odczuwaną w relacji w jej aspektach seksualnych i pozaseksualnych. Nasilenie

- przekonań konserwatywnych wiąże się z obniżaniem poziomu ogólnej satysfakcji seksualnej i poczucia dopasowania w relacji seksualnej, a wzrost poziomu przekonań związanych z wiekiem jest istotny tylko dla obniżania poziomu zadowolenia z relacji (związki z satysfakcją seksualną nie były istotne).
7. Zaobserwowano wiele różnic w poziomach badanych zmiennych u kobiet z klinicznie istotnymi objawami dysfunkcji seksualnych oraz u kobiet bez dysfunkcji. Różnice te dotyczyły poziomu zdrowia psychicznego, seksualnej zdolności hedonicznej oraz wszystkich obszarów satysfakcji odczuwanej w relacji - zarówno aspektów pozaseksualnych, jak i satysfakcji seksualnej związanej z dopasowaniem, komunikacją i zadowoleniem. Kobiety z istotnymi klinicznie objawami uzyskiwały niższe wyniki w tych obszarach, co wskazuje na towarzyszący objawom dysfunkcji seksualnych obniżony poziom zdrowia psychicznego, zdolności do odczuwania seksualnej przyjemności i satysfakcji odczuwanej w relacji.
 8. Nie zaobserwowano obniżania się poziomu funkcjonowania seksualnego wraz z wiekiem. Co więcej, poziom funkcjonowania seksualnego w obszarze orgazmu i doświadczeń bólowych wraz z wiekiem wzrasta. Dla innych obszarów funkcjonowania seksualnego wiek nie jest istotny.
 9. Religijność istotnie związana jest z nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności, ale nie wiąże się z obniżeniem funkcjonowania seksualnego. Wraz z religijnością obniża się dodatkowo poziom zdolności do odczuwania przyjemności seksualnej. Najsilniejszy związek religijności z dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności dotyczy przekonań o charakterze konserwatywnym.
 10. Wysoki poziom wiedzy na temat seksualności wiąże się pozytywnie z funkcjonowaniem seksualnym we wszystkich obszarach, a także z poziomem seksualnej zdolności hedonicznej. Dodatkowo jest powiązany z niskim poziomem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności, które związane są ze stereotypowym, często nieprawdziwym postrzeganiem seksualności. Warto zaznaczyć, że uzyskane wyniki sugerują, że wysoki poziom wykształcenia wcale nie oznacza wysokiego poziomu wiedzy na temat seksualności - kobiety z wyższym wykształceniem miały bardzo zbliżony poziom wiedzy na temat seksualności do kobiet bez wyższego wykształcenia.

11. Doświadczenie macierzyństwa istotnie różnicuje kobiety w zakresie zdrowia psychicznego, sensorycznej i społecznej zdolności hedonicznej, a także funkcjonowania seksualne w obszarze orgazmu - w tych obszarach wyższe wyniki osiągają kobiety, które mają dzieci. Kobiety mające dzieci mają także większe nasilenie dysfunkcyjnych przekonań seksualnych związanych z prymatem macierzyństwa niż kobiety bezdzietne. Kobiety bezdzietne mają natomiast wyższy poziom ogólnej satysfakcji z relacji seksualnej, a także wyższy poziom satysfakcji z komunikacji z partnerem w relacji seksualnej.

12. Doniesienia literaturowe o istotnym wpływie formalizacji związku, wspólnego mieszkania (konkubinatu) i doświadczenia operacji na funkcjonowanie seksualne kobiet, znalazły odzwierciedlenie w uzyskanych wynikach – wszystkie te czynniki różnicowały kobiety pod względem badanych zmiennych.

Kobiety w związkach małżeńskich mają wyższy poziom religijności, zdolności do odczuwania przyjemności społecznej oraz przekonań konserwatywnych o charakterze dysfunkcyjnych w porównaniu z kobietami w relacjach niesformalizowanych. Kobiety w relacjach niesformalizowanych lepiej, w porównaniu z kobietami w związkach małżeńskich, funkcjonują w obszarze pożądania oraz mają wyższy poziom zadowolenia z komunikacji w relacji seksualnej i satysfakcji seksualnej ogólnej.

Wspólne mieszkanie różnicuje kobiety w zakresie zdolności hedonicznej społecznej i sensorycznej, funkcjonowania seksualnego w obszarze pożądania i lubrykacji a także w zakresie satysfakcji seksualnej – zarówno ogólnej, jak i aspektu komunikacji i dopasowania z osobą partnerską. Kobiety mieszkające wspólnie z partnerem mają wyższy poziom zdolności do odczuwania przyjemności sensorycznej i społecznej, natomiast te, które mieszkają z osobą partnerską osobno, lepiej funkcjonują seksualnie w obszarze pożądania i lubrykacji, a także mają wyższy poziom zmiennych dotyczących seksualnej satysfakcji.

Doświadczenie operacji w obrębie układu moczowo-płciowego różnicuje kobiety w zakresie poziomu wiedzy na temat seksualności. Wyższy poziom wiedzy mają kobiety, które doświadczyły tego rodzaju zabiegu, niż kobiety bez doświadczenia operacji w obszarze układu moczowo-płciowego.

13. Zidentyfikowano istotne predyktory ogólnego funkcjonowania seksualnego oraz funkcjonowania w poszczególnych obszarach. Uzyskano wyniki wskazujące na duże zróżnicowanie czynników wyjaśniających funkcjonowanie seksualne w zależności

- od obszaru, jednak najistotniejsze z nich - mające znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania w prawie wszystkich domenach - to seksualna zdolność hedoniczna i zadowolenie z relacji seksualnej.
14. Wyniki potwierdzają istotną rolę dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności oraz satysfakcji odczuwanej w relacji jako mediatorów związku między zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym. Istotnym mediatorem, wiążącym się z poprawą funkcjonowania seksualnego w wielu obszarach, jest zadowolenie z relacji seksualnej. Efekt mediacyjny widoczny jest szczególnie w odniesieniu do podniecenia, lubrykacji, orgazmu i globalnego funkcjonowania, a przy współdziałaniu zadowolenia z relacji i satysfakcji z dopasowania seksualnego - także w obszarze satysfakcji. Dysfunkcyjne przekonania na temat seksualności pośredniczą natomiast w relacji pomiędzy zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym; mają one jednak charakter supresorów, tłumiących efekt pozytywnego wpływu zdolności do odczuwania seksualnej przyjemności na funkcjonowanie seksualne w obszarze pożądania i satysfakcji. Dysfunkcyjne przekonania na temat seksualności związane z obrazem ciała oraz grzesznością przyjemności są supresorami relacji pomiędzy seksualną zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym w tych obszarach.
 15. Seksualna zdolność hedoniczna z kolei mediuje zależności pomiędzy dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności dotyczącymi prymatu macierzyństwa, grzeszności przyjemności i przekonań związanych z obrazem ciała a funkcjonowaniem seksualnym w obszarze pożądania i satysfakcji – negatywny wpływ tych przekonań na zdolność hedoniczną przekłada się na obniżenie funkcjonowania seksualnego w tych zakresach.
 16. Poziom seksualnej zdolności hedonicznej jest istotnie pozytywnie powiązany z sensoryczną zdolnością hedoniczną, zdrowiem psychicznym oraz wiedzą na temat seksualności. Dysfunkcyjne przekonania na temat seksualności związane z grzesznością przyjemności i przekonania konserwatywne wpływają na seksualną zdolność hedoniczną negatywnie, obniżając poziom zdolności do odczuwania przyjemności seksualnej.

8.2. Dyskusja wyników

Jedną z podstawowych hipotez badawczych w tej pracy dotyczyła istnienia ogólnej zdolności hedonicznej, która stanowiłaby czynnik nadrzędny względem zdolności do odczuwania przyjemności w różnych sferach, odnoszący się do całokształtu przyjemnych doświadczeń człowieka. Przyjęcie takiego założenia podyktowane było doniesieniami na temat natury zdolności hedonicznej - wieloaspektowego konstruktu, utożsamianego z tonem hedonicznym, związanego z całym przebiegiem cyklu odczuwania przyjemności (Treadway, Zald, 2011; Der-Avakian, Markou, 2012; Kringelbach i in., 2012; Rømer Thomsen i in., 2015; Husain, Roiser, 2018; Sun i in., 2020; Wellan i in., 2021). Przeprowadzone badania i analiza statystyczna wyników nie potwierdziła słuszności hipotezy, wskazując na różnorodność zdolności do odczuwania przyjemności, pochodzących z różnych źródeł. Znaczący to doświadczenie przyjemności o charakterze seksualnym, jest różne od przyjemności o charakterze społecznym lub zmysłowym. Z neurobiologicznego punktu widzenia doświadczenie przyjemności jest serią procesów aktywizujących działanie określonych struktur mózgowych, istnieją jednak różnice w rejestrowaniu przez mózg podstawowych przyjemności i przyjemności wyższego rzędu (Mas-Herrero i in., 2019; Mas-Herrero i in., 2021). Kolejną kwestią jest silne zindywidualizowanie doświadczenia przyjemności i preferowanych źródeł, które jej dostarczają. Mimo związanej z budową mózgu zdolnością do odczuwania przyjemności właściwą każdemu człowiekowi o prawidłowej budowie układu nerwowego, ocena bodźca jako przyjemnego jest bardzo subiektywna. Prowadzone badania opierały się na wypełnianiu przez osoby badane kwestionariuszy - odpowiedzi na pytania dotyczące odczuwanej przyjemności wiązały się z dokonaniem poznawczej oceny w chwili wypełniania kwestionariusza, co może wiązać się z błędnym oszacowaniem faktycznej przyjemności, która z tego bodźca płynie, w chwili jego doświadczenia.

Warto zwrócić uwagę, że - jak wskazują badacze przyjemności - przyjemne doznania o charakterze seksualnym, zmysłowym i społecznym są przyjemnościami podstawowymi (związanymi z podstawowymi potrzebami), jednak przyjemność płynąca z realizacji potrzeb seksualnych, może jednocześnie zaspokajać potrzebę społeczną i zmysłową. W tym zakresie aktywność seksualna wydaje się być specyficzna, odrębna od pozostałych dwóch źródeł przyjemnych doświadczeń. Każda przyjemność pochodząca z realizacji potrzeby może wiązać się z odczuwaniem przyjemności o innym charakterze,

jednak przypuszczalnie spośród badanych przyjemności, ta o charakterze seksualnym wydaje się być najbardziej powiązana z bodźcami zmysłowymi i społecznymi. Związki te potwierdzają korelacje między badanymi zdolnościami hedonicznymi, a specyficzny charakter seksualnej zdolności hedonicznej widoczny jest na przykład w istotnym związku z przyjemnościami z intymnych relacji społecznych, a nie grupowych. Podobnie jest w przypadku braku istotnych związków pomiędzy zdolnością do odczuwania przyjemnych bodźców o charakterze społecznym, płynącą z grupowych interakcji - funkcjonowanie seksualne, objawia się podczas seksualnej aktywności, najczęściej realizowanej w relacjach intymnych (lub autoerotycznych), a nie grupowych.

Nieistotne okazały się również powiązania pomiędzy obszarami społecznej zdolności hedonicznej (przede wszystkim dotyczącej przyjemności płynącej z interakcji grupowych i nawiązywania znajomości) a satysfakcją odczuwaną w relacji. Z uwagi na to, że satysfakcja odczuwana w relacji dotyczy bliskich związków, brak istotnego powiązania ze zdolnością do odczuwania przyjemności o charakterze grupowym i związanej z nawiązywaniem znajomości wydają się być w pełni uzasadnione. Obszar satysfakcji seksualnej związany z komunikacją nie był także istotnie związany z sensoryczną zdolnością hedoniczną. Biorąc pod uwagę, że inne aspekty seksualnej satysfakcji oraz satysfakcji z relacji wiązały się sensoryczną zdolnością hedoniczną antycypowaną (przewidywaną), a dopasowanie w relacji seksualnej i zadowolenie z relacji związane było z sensoryczną zdolnością konsumpcyjną, brak istotnych relacji między komunikacją a zdolnością do odczuwania przyjemności zmysłowych może być uzasadniony tym, że doświadczenia zmysłowe i uważność partnerów na reakcje ciała są wystarczającym komunikatem - nie ma potrzeby komunikowania swoich potrzeb i preferencji w sposób werbalny. Badania prowadzone nad werbalną i niewerbalną komunikacją w relacji seksualnej potwierdzają takie przypuszczenie. Badacze wskazują, że komunikacja niewerbalna może być lepsza w odniesieniu do spraw związanych z seksualnością, takich jak preferencje, pragnienia lub przyjemność (Babin, 2013; Blunt-Vinti i in., 2019). Warto zaznaczyć bowiem, że związek między tymi zmiennymi, choć nie jest statystycznie istotny, nie ma kierunku odwrotnego do założonego - relacja między zadowoleniem z komunikacji w relacji seksualnej a sensoryczną zdolnością hedoniczną jest pozytywny.

Zakładany silny związek pomiędzy zdolnością hedoniczną a obszarem funkcjonowania seksualnego związanego z doświadczaniem orgazmu nie został potwierdzony - funkcjonowanie seksualne w odniesieniu do orgazmu wiąże się najsilniej ze zdolnością odczuwania przyjemności o charakterze seksualnym, co wydaje się

uzasadnione, ale związki orgazmu z innymi rodzajami zdolności hedonicznej są słabe lub nieistotne. Co więcej, zdolność hedoniczna o charakterze seksualnym wiąże się nawet silniej z innymi obszarami funkcjonowania w sferze seksualnej. Prawdopodobnie wynika to z tego, że doświadczenie orgazmu, choć będące wyrażeniem seksualnej przyjemności w aktywności seksualnej, nie jest jedynym jej źródłem w sytuacjach seksualnych. Wiele źródeł donosi, że szczególnie u kobiet, doświadczenie orgazmu nie jest konieczne dla postrzegania stosunku seksualnego w kategoriach udanego, zdrowego, satysfakcjonującego czy przyjemnego (Basson, 2000; Meston, Buss, 2009; Holka-Pokorska, 2018). Wyniki badań wskazują, że wysoki poziom zdolności do odczuwania przyjemności seksualnej nie jest jedynie związany z jednoczesnym wysokim funkcjonowaniem seksualnym w obszarze orgazmu, a to wydaje się być istotne w perspektywie imperatywu przyjemności, o którym pisano we wcześniejszej części pracy (Allen, Carmody, 2012; Lamb, 2013; Rasmussen, 2013; Wood i in., 2018). Wiele źródeł w literaturze popularnonaukowej dla kobiet, dotyczącej funkcjonowania seksualnego dotyczy wspierania kobiet w czerpaniu większej przyjemności z aktywności seksualnej, często odwołując się do istotności doświadczenia orgazmu i rozwijania tej umiejętności (por. Rossi, 2021). Wyniki badań uwidaczniają, że funkcjonowanie seksualne w różnych obszarach ma znaczenie dla zdolności do odczuwania seksualnej przyjemności, a ta może płynąć z innych elementów seksualnej ekspresji niż doświadczenie orgazmu.

Mimo wielu prawidłowych i potwierdzonych wynikami założeń o powiązaniach pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym a satysfakcją odczuwaną w relacji, korelacje pomiędzy pożądaniem a zadowoleniem z pozaseksualnych aspektów relacji i komunikacją w relacji seksualnej były nieistotne statystycznie. Brak istotności tego związku między zmiennymi może wynikać z faktu, że w odróżnieniu od pozostałych obszarów funkcjonowania seksualnego, pożądanie jest psychiczną potrzebą, pojawiającą się w odpowiedzi na odczuwaną biologicznie potrzebą seksualną (Dębowska, 2019). Pożądanie bazuje na wyobrażeniach, fantazjach i projekcjach, co do obiektu i formy realizacji potrzeby seksualnej. Pożądanie często związane jest z namiętnością, która - w ujęciu Trójczynnikowej Teorii Miłości Sternberga - najsilniej oddziałuje na relacje na jej wczesnych etapach (Olesiński, 2013). Zgodnie z teorią Sternberga, wraz ze wzrostem zaangażowania i bliskości w relacji, które rozwijają się z czasem, stabilizując związek, poziom namiętności - związany z dużą dynamiką, zmiennością i niepewnością - może ulegać obniżeniu (Wojciszke, 2010, Sternberg, 1997, za: Olesiński, 2013). To zaś może oddziaływać na odczuwane pożądanie. Elementy satysfakcji odczuwanej w relacji

związane z komunikacją w relacji seksualnej, czyli ocena umiejętności komunikacji osobie partnerskiej pragnień i preferencji seksualnych oraz zadowolenie z relacji, rozumiane jako ogólna ocena satysfakcji ze związku i chęć pozostania w nim, związane są z tymi etapami relacji, w których rozwinęło się poczucie stabilności i bliskości.

Wyniki analiz korelacji pomiędzy nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności a zdolnościami hedonicznymi, wykazały, że większość aspektów społecznej i sensorycznej zdolności hedonicznej nie jest związana z dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności. Korelacja o umiarkowanej sile pomiędzy dysfunkcyjnymi przekonaniami seksualnymi a seksualną zdolnością hedoniczną, wskazują zatem, że związki pomiędzy dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat seksualności a zdolnością hedoniczną ograniczają się do odczuwania przyjemności związanej z ekspresją i aktywnością seksualną. Szczególnie warto zwrócić uwagę na to, że dysfunkcyjne przekonania seksualne dotyczące pełnienia ról społecznych i atrakcyjności wiązały się z obniżoną zdolnością do odczuwania przyjemności z sensorycznych źródeł, a nie społecznych. Przekonania związane z wiekiem, doświadczeniem macierzyństwa i obrazem ciała, które wiążą się z obniżeniem sensorycznej przyjemności, dotyczą szeroko rozumianej cielesności - wiek, macierzyństwo (w większości przypadków wiążące się z ciążą) oraz obraz ciała - a ciało stanowi podstawowy receptor bodźców o charakterze zmysłowym i seksualnym (por. Jakubowska, 2009)

Według dotychczasowych badań nad zdrowiem somatycznym, psychicznym i seksualnym kobiet i zmianach zachodzących w tych obszarach wraz z wiekiem (Russo, Green, 2002; Kingsberg, 2002, za: Carvalho, Nobre, 2010; Addis i in., 2006, za: Ambler i in., 2012; Field i in., 2013; Parish, Hanh, 2016; Gałęcki, Talarowska, 2018; Parish i in., 2019; Dekker i in., 2020; Solmi i in., 2022) zasadne wydawało się założenie, że funkcjonowanie seksualne kobiet będzie obniżać się wraz z wiekiem. Przeprowadzone analizy nie dały jednak podstawy do przyjęcia takiej hipotezy. Co więcej, uzyskane wyniki wskazały, że wiek nie tylko nie obniża funkcji seksualnych, ale wręcz wiąże się z ich polepszeniem w obszarze doświadczania orgazmu i doświadczeń bólowych. Te wnioski wydają się być o tyle istotne, że łamią one pewien stereotyp związany z obniżeniem funkcjonowania seksualnego i mniejszym zadowoleniem z życia seksualnego u kobiet w okresie menopauzalnym i starszych kobiet, który wciąż jest żywy w przestrzeni publicznej i medialnej (Levitt, 2019; Senjooti, Liat, 2020). Lepsze funkcjonowanie seksualne w obszarze orgazmu rosnące wraz z wiekiem może wynikać z lepszego poznania

swojego ciała i bodźców, które generują seksualną przyjemność. Natomiast lepsze funkcjonowanie seksualne w obszarze doświadczeń bólowych - związane z brakiem odczuwania bólu i dyskomfortu podczas penetracji seksualnej - może wynikać z indywidualnej oceny bólu, wiedzy na temat środków wspomagających utrzymanie nawilżenia pochwy (suchość pochwy jest jednym z najczęściej występujących źródeł dyskomfortu i bólu podczas stosunków seksualnych) lub też preferowania form aktywności seksualnej nie wiążących się z penetracją.

W literaturze znaleźć można niejednoznaczne informacje na temat tego, czy poziom wiedzy na temat seksualności zależy od wykształcenia - wyniki badań pozwalają przyjąć tę stronę dyskusji, która mówi o tym, że mity na temat seksualności oddziałują niezależnie od poziomu wykształcenia (Aker i in., 2019; Baker, 1993, za: Pogorzelska, 2020). Co prawda, kobiety z wyższym wykształceniem osiągały nieznacznie wyższe wyniki niż kobiety bez wyższego wykształcenia, jednak różnice nie osiągnęły statystycznej istotności. Zarówno u jednej, jak i drugiej grupy kobiet, ocena poziomu swojej wiedzy na temat seksualności oscylowała wokół wyniku 7,5 (10 było wartością maksymalną), co z perspektywy trwającej w przestrzeni publicznej dyskusji nad koniecznością lub też brakiem konieczności edukacji seksualnej i utrudnień w dostępie do rzetelnych informacji w przestrzeni szkolnej, nie jest wartością niską, jednak - w mojej ocenie, jako aktywnej działaczki w zakresie seksualnej edukacji - daleką od pożądanego poziomu.

Należy w tym miejscu podkreślić, że wskaźnikiem poziomu wiedzy na temat seksualności była deklarowana w anonimowej ankiecie subiektywna ocena respondentki, która nie była weryfikowana pod kątem zgodności z rzetelną wiedzą z zakresu edukacji seksualnej. Wskazany poziom wiedzy należy więc traktować z ostrożnością, mając na uwadze fakt, że z jednej strony badania kwestionariuszowe, wykorzystujące odpowiedzi deklaratywne, wiąże się z ryzykiem udzielania odpowiedzi zafałszowanych, z drugiej strony, badania z zakresu społecznej psychologii wskazują, że kobiety mogą mieć tendencję do zaniżania poziomu swoich osiągnięć względem rzeczywistych, a także - częściej niż mężczyźni - nie doceniają swoich możliwości i umiejętności, są mniej pewne siebie (por. Mandal, 2000; Grabowska, 2007; Mohr, 2014).

Kolejna niepotwierdzona hipoteza dotyczyła związków pomiędzy religijnością a obniżeniem funkcjonowania seksualnego - uzyskane wyniki wskazały na brak istotności w relacji religijności i funkcjonowania seksualnego. Co ciekawe, religijność wiązała się istotnie z nasileniem dysfunkcyjnych przekonań seksualnych, które uznawane są za istotny czynnik ryzyka dla występowania dysfunkcji seksualnych. Brak istotności

w związku pomiędzy religijnością a funkcjonowaniem seksualnym może wynikać z tradycyjnych wartości wynikających z religijności. Jak wskazuje Holka-Pokorska (2018) przekonania religijne silnie regulują zasady życia seksualnego i religijnego. W badaniach prowadzonych nad związkami seksualnej satysfakcji i religijności potwierdzono, że kobiety, pielęgnując wiarę i przekonania religijne - wiążące się też z tradycyjnym podziałem ról płciowych, mogą postrzegać aktywność seksualną jako sposób na zadowolenie partnera (mniej siebie) i realizację siebie w roli małżonki (LeGall i in. 2002, Ahrold Lorenz i in., 2010, za: Marcinechová i Záhorcová, 2020). Z uwagi na dominujący w Polsce katolicyzm, hipoteza i przesłanki do jej postawienia, opierały się na doniesieniach o wartościach i postawach związanych właśnie z tym wyznaniem. Być może dookreślenie religii, do której respondentki odnosiły swoją odpowiedź umożliwiłoby uzyskanie pełniejszych danych.

Kolejną zmienną uboczną, której różnicujący wpływ na poziomy badanych zmiennych zakładano w hipotezach, było doświadczenie wspólnego mieszkania. Obok formalizacji relacji oraz dzieci, wspólne mieszkanie zostało uznane za czynnik zwiększający stabilizację relacji. Uznano, że wspólne mieszkanie - mogące wiązać się z większą sposobnością podejmowania aktywności seksualnej, testowaniem poziomu przystosowania się partnerów do siebie oraz innymi wyzwaniami dnia codziennego, z którymi mierzą się kohabitujący partnerzy - będzie różnicować badane kobiety pod kątem funkcjonowania seksualnego, satysfakcji odczuwana w relacji czy poziomów pozostałych zmiennych analizowanych w badaniach. Doświadczenie kohabitacji wpływa na zróżnicowanie poziomu zmiennych między kobietami w obszarze zdolności hedonicznej, funkcjonowania seksualnego i seksualnej satysfakcji. W badaniach wskazuje się, że wraz z wydłużaniem stażu związku, szczególnie wśród małżeństw, zmniejsza się częstotliwość seksualnej aktywności, podczas gdy inne badania wskazują, że małżeństwo jest czynnikiem sprzyjającym utrzymywaniu się pożądania u kobiet (Dennerstein, Hayes, 2005, Schneidewind-Skibbe i in., 2008, za: Carvalho, Nobre, 2010). Warto zauważyć, że choć w obszarze funkcjonowania seksualnego lepiej funkcjonują kobiety mieszkające osobno z osobą partnerską, to mają one jednocześnie mniejszą zdolność hedoniczną do odczuwania przyjemności sensorycznej i społecznej. Należy pamiętać, że poziomy zmiennych wynikają w dużej mierze z indywidualnych możliwości i preferencji dotyczących funkcjonowania związku. Wydaje się, że w relację te ingeruje wiele innych zmiennych, na przykład to, na ile wspólne mieszkanie lub jego brak jest decyzją dobrowolną i zgodną ze

stanem pożądanym oraz czy wspólne mieszkanie dla respondentek jest równoznaczne z posiadaniem fizycznej przestrzeni na realizację siebie w sferze seksualnej.

Doświadczenie operacji okazało się istotne w odniesieniu do różnic w poziomie wiedzy na temat seksualności, jednak nie różnicowało istotnie kobiet w zakresie ani funkcjonowania seksualnego, na co wskazywały doniesienia z badań, wiążąc zaburzenia dna miednicy, operacje związane z porodem czy występowanie bólu miedniczo-genitalnego z obniżeniem poziomu pożądania i występowania dysfunkcji seksualnych (Mass, 2003, Achtari, Dwyer, 2005, Verit i in., 2006, za: Carvalho, Nobre, 2010). Najprawdopodobniej brak istotności różnic wynika z niejednoznacznego charakteru zabiegów, o które pytano badane kobiety, jak i dużego zindywidualizowania samego doświadczenia. Ponownie, skontrolowanie rodzaju doświadczenia operacji w obrębie układu moczowo-płciowego lub też towarzyszących emocji i medycznych konsekwencji (lub też szans) z nim związanych być może dałoby dostęp do dokładniejszych danych i uzyskania istotnych informacji, rozszerzających wnioski postawione na podstawie aktualnie uzyskanych wyników.

8.3. Ograniczenia badań własnych

W poprzednim podrozdziale wskazano możliwe przyczyny niejednoznacznych lub odwrotnych (względem założonych hipotez) wniosków, wynikających z przeprowadzonych analiz. Brak istotności powiązań między zmiennymi może wynikać dodatkowo ze specyfiki próby. Zagadnienia związane z seksualnością wywołują duże poruszenie wśród ewentualnych uczestników badań, jednak nie zawsze znajduje to przełożenie na chęć uczestnictwa i rzetelnego wypełniania kwestionariuszy. Obserwuje się co prawda nadreprezentatywność kobiet w badaniach naukowych, szczególnie z zakresu psychologii, co było atutem dla obrania kobiet jako grupy badanych osób, jednak uzyskanie kompletnych odpowiedzi od respondentek stanowiło duże wyzwanie.

Badania nad seksualnością wiążą się z zaciekawieniem, chęcią dowiedzenia się czegoś o sobie w tym obszarze, jednak - nawet w czasach dużego dostępu do informacji o przyjemności seksualnej - nadal jest to temat, który może budzić negatywne emocje, uruchamiać nieprzyjemne wspomnienia czy wiązać się ze wstydem i niechęcią do udzielania pełnych, szczerych odpowiedzi. Mimo, że badane kobiety zostały poinformowane o temacie badania oraz zapewnione o anonimowości i dobrowolności

udziału w badaniu, z obawy przed oceną, istnieje prawdopodobieństwo, że część kobiet udzielała odpowiedzi niezgodnych z prawdą.

Kwestią, która została już podniesiona wcześniej, a stanowi istotne ograniczenie badań własnych było przeprowadzenie ich z wykorzystaniem metod kwestionariuszowych, opierających się na odpowiedziach deklaracyjnych, które mogły być jedynie wyrazem opinii na swój temat lub odzwierciedlać pożądaną stan, a nie stan faktyczny.

Z uwagi na trwającą w okresie prowadzenia badań pandemię COVID-19, badania były prowadzone w formie elektronicznej. Zapewniało to respondentkom większą anonimowość i poczucie komfortu, jednak wiązało się także z ryzykiem wystąpienia błędu technicznego ze strony platformy, mniejszym poczuciem zaangażowania w wypełnienie (niż w przypadku wypełniania kwestionariuszy w formie papier-ołówek) i zwiększało prawdopodobieństwo wycofania się z badania, zanim wypełnione zostaną wszystkie kwestionariusze. Na taką możliwość wskazuje liczba niedokończonych, porzuconych ankiet, które odrzucono na etapie przygotowywania bazy danych (125 zestawów zostało odrzuconych, ponieważ były niekompletne, co stanowi ponad 35 procent wszystkich wypełnień).

W badaniu użyto kwestionariusza SDBQ, służącego do pomiaru dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności. Narzędzie to stworzone zostało w Brazylii, przez Pedra Nobre oraz współpracowników (2003), odzwierciedlając brazylijskie normy kulturowe i funkcjonujące tam mity na temat seksualności, które uwidaczniają się w przekonaniach na temat seksualności mających znaczenie dla funkcjonowania seksualnego brazylijskiej ludności. Proces adaptacji do polskich warunków i przeprowadzenie walidacji narzędzia, która potwierdziła dopasowanie modelu czynników oryginalnej wersji do polskich danych, uzasadniał zastosowanie kwestionariusza w badaniach. Mimo dużej wartości uzyskanych danych, zasadne wydaje się ponowne użycie kwestionariusza na większej, bardziej zróżnicowanej grupie kobiet, weryfikujące dopasowanie przekonań do naszych tradycji i kultury, zwracające uwagę na to, że inne przekonania mogą mieć charakter dysfunkcyjny w Polsce, a inny w Brazylii (np. przekonania o primacie macierzyństwa lub seksualny konserwatyzm, związany z religijnością). Wyzwania adaptacji kulturowej, między innymi w odniesieniu do przekonań „macho” (*macho beliefs*, część męskiej wersji kwestionariusza, niewykorzystanej w badaniu) lub seksualnego konserwatyizmu kobiet w krajach bardziej restrykcyjnych w akceptowanych formach ekspresji seksualnej, dyskutowane były już w procesie adaptacji kwestionariusza SDBQ w innych krajach (por. Nimbi i in., 2019; Abdolmanafi i in., 2015).

8.4. Kierunki dalszych badań

Przeprowadzone badania ukazują wiele obszarów, które wymagają dalszej uwagi, w celu uzyskania bardziej jednoznacznych wyników, ale pokazują też, że założony model zależności między zmiennymi jest trafny. Jednym z celów badań, było zbadanie powiązań między występowaniem problemów w funkcjonowaniu seksualnym a trudnościami w odczuwaniu przyjemności i zidentyfikowanie czynników mogących modyfikować odczuwanie przyjemności, w tym przyjemności seksualnej przez kobiety, a także wyodrębnienie czynników ryzyka i czynników chroniących przed rozwojem trudności w odczuwaniu przyjemności i dysfunkcji seksualnych z tym związanych. Udało się zidentyfikować kluczowe czynniki istotne dla rozwoju zaburzeń funkcjonowania seksualnego, a także te mające znaczenie dla seksualnej zdolności hedonicznej.

W celu uzyskania dokładniejszych danych wskazane jest dalsze prowadzenie badań dotyczących zależności pomiędzy zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem w sferze seksualnej. Zasygnalizowano już wcześniej konieczność przeprowadzenia badań dotyczących tego związku u kobiet z kontrolowaniem szerszego spektrum zmiennych zakłócających. Za te zmienne należy uznać przede wszystkim charakter operacji i zabiegów w obrębie układu moczowo-płciowego oraz dobrowolny charakter braku formalizacji związku (istotny np. w przypadku par jedнопłciowych) i braku wspólnego zamieszkania. W przyszłych badaniach może być zasadne uwzględnienie rozróżnienia partnerki lub partnera seksualnego i romantycznego, do których odnoszą się odpowiedzi osób badanych. Takie rozdzielenie, obecne na przykład w sytuacji zdrady, może wiązać się z występowaniem konfliktów wewnętrznych i z punktu widzenia metodologii badań, może rzutować na udzielane przez osobę badaną odpowiedzi.

Oprócz kontroli dodatkowych zmiennych zakłócających, interesujące wydaje się rozszerzenie badań na doświadczenia osób nie-heteronormatywnych i nie-cispłciowych. Szczególnie interesująca wydaje się być perspektywa osób pozostających w związkach jedнопłciowych i osób transpłciowych w odniesieniu do nasilenia dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności, które wiążą się z dość tradycyjnymi, stereotypowymi przejawami realizacji roli płciowej i społecznej. Podjęcie tego tematu, wymagać będzie złożonych prac nad kwestionariuszem SDBQ z uwagi na to, że aktualna wersja (zarówno adaptacja, jak i wersja oryginalna) zakłada istnienie wersji dla kobiet i mężczyzn (utożsamiając płć biologiczną z poczuciem tożsamości płciowej).

Istotne wydaje się również przeprowadzenie podobnych badań z udziałem mężczyzn. Umożliwiłyby to porównanie funkcjonowania seksualnego oraz znaczenia zdolności hedonicznej, przekonań na temat seksualności oraz satysfakcji odczuwanej w relacji na występowanie dysfunkcji seksualnych i identyfikację kolejnych, być może specyficznych dla płci, czynników ochronnych i czynników ryzyka zwiększając występowanie trudności w funkcjonowaniu seksualnym oraz odczuwaniu przyjemności (anhedonii).

8.5. Wnioski aplikacyjne

Przeprowadzone badania potwierdziły znaczenie przyjemności - nie tylko seksualnej, dla zdrowia, satysfakcji odczuwanej w relacji i dobrostanu jednostki. Wnioski z przeprowadzonych badań mogą znaleźć szerokie zastosowanie w profilaktyce (w tym edukacji seksualnej), diagnozie i terapii.

W zakresie działań profilaktycznych i terapeutycznych, wyniki dają podstawy do zaplanowania działań opartych na wspieraniu zdolności do odczuwania przyjemności z różnych źródeł, pośrednio wpływając na polepszenie jakości związku, funkcjonowania seksualnego i ograniczenie wpływu dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności na występowanie trudności w funkcjonowaniu seksualnym.

Wyniki dotyczące charakteru zdolności hedonicznej potwierdzające różnorodność odczuwanych przyjemności oraz silne powiązania między nimi, mogą posłużyć jako informacja zmniejszająca poczucie presji, wynikającej z imperatywu przyjemności, by odczuwać przyjemność z każdej podejmowanej aktywności. Warto tutaj zaznaczyć, że poczucie presji niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie seksualne mężczyzn. Społeczna - związana np. z przekonaniami na temat seksualności - i relacyjna presja oraz lęk zadaniowy stanowią czynnik ryzyka rozwinięcia zaburzeń erekcji oraz innych dysfunkcji seksualnych (Oettingen, 2013; Kossat, 2018; Lew-Starowicz, 2018b; Lew-Starowicz, 2018c; Dewitte i in., 2021).

Uzyskane wyniki potwierdzają, dodatkowo, że satysfakcja seksualna i zadowolenie z relacji mogą być wysokie nawet przy występowaniu trudności w funkcjonowaniu seksualnym, co jest zgodne z założeniami modelu wystarczająco dobrego seksu (*good-enough sex*, por. Metz, McCarthy, 2007; Southern, 2019). Wyzwanie praktyczne stanowi natomiast znalezienie złotego środka pomiędzy zachęceniem kobiet do rozmawiania

z lekarzami i specjalistami o trudnościach występujących w sferze seksualnej, aby umożliwić wczesną diagnozę dysfunkcji seksualnej i zaplanowanie oddziaływań terapeutycznych, a zapobieganiu nadmiernej medykalizacji problemów seksualnych (np. w okresie menopauzy, czy współwystępujących sytuacji stresujących czy konfliktów relacyjnych).

Szansą wydaje się być wprowadzenie oddziaływań skupionych wokół wspierania zdolności hedonicznej związanej z odczuwaniem przyjemności sensorycznej, społecznej oraz seksualnej. Analizując znaczenie przyjemności dla utrzymania zdrowia seksualnego i relacyjnego a także współwystępowanie trudności w odczuwaniu przyjemności (anhedonii) w depresji, zaburzeniach odżywiania czy uzależnieniach, trening przyjemności mógłby stanowić formę profilaktyki zaburzeń psychicznych i dysfunkcji seksualnych.

W zakresie oddziaływań diagnostycznych, kwestionariusz do pomiaru dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności (SDBQ) oraz autorskie narzędzie mierzące przyjemność i anhedonię seksualną (KPiAS) stanowią cenne źródło informacji o możliwych przyczynach trudności pojawiających się w obszarze seksualności u kobiet. Mogą to być użyteczne narzędzia wspomagające proces diagnozowania kobiet zgłaszających trudności w sferze seksualnej jako wskaźnik poziomu dysfunkcyjnych przekonań seksualnych i poziomu przyjemności czerpanej z aktywności seksualnej.

Przeprowadzone badania stanowią wkład nie tylko w rozwój nauki i wiedzy dotyczącej interakcji pomiędzy czynnikami biologicznymi, poznawczymi i relacyjnymi mogącymi wpływać na powstawanie i utrzymywanie się dysfunkcji seksualnych u kobiet, ale również są źródłem praktycznych wskazówek dotyczących profilaktyki dysfunkcji seksualnych oraz wskazują znaczenie profilaktyki w zakresie przekonań na temat seksualności dla zdrowia seksualnego.

Bibliografia

Abdolmanafi, A., Azadfallah, P., Fata, L., Roosta, M., Peixoto, M. M., Nobre, P. J. (2015). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1820–1827.

Airaksinen, T. (2019). Thomas Hobbes on Intentionality, Desire, and Happiness. W: T. Airaksinen (red.), *Vagaries of Desire: A Collection of Philosophical Essays* (s. 163–180). Leiden, The Netherlands: Brill.

Aker, S., Şahin, M. K., Oğuz, G. (2019). Sexual Myth Beliefs and Associated Factors in University Students. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(4), 472–480.

Aldridge, J. W., Berridge, K. C., Cabanac, M., Dickinson, A., Frijda, N. H., Gottfried, J. A., Green, A. L., Komisaruk, B. R., Kringelbach, M. L., Leknes, S., Petrovic, P., Schoenbaum, G., Shizgal, P., Small, D. M. (2010). Fundamental Pleasure Questions. W: M.L. Kringelbach, K.C. Berridge (red.), *Pleasures of the Brain* (s. 7–23). Oxford: Oxford University Press.

Allen, L., Carmody, M. (2012). 'Pleasure has no passport': re-visiting the potential of pleasure in sexuality education. *Sex Education*, 12(4), 455–468.

Ambler, D. R., Bieber, E. J., Diamond, M. P. (2012). Sexual function in elderly women: a review of current literature. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 5(1), 16–27.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, Va: American Psychiatric Association.

An, H.-Y., Chen, W., Wang, C.-W., Yang, H.-F., Huang, W.-T., Fan, S.-Y. (2020). The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4817. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134817>

Anyfanti, P., Pырpasopoulou, A., Triantafyllou, A. (2014). Association between mental health disorders and sexual dysfunction in patients suffering from rheumatic diseases. *Journal of Sexual Medicine*, 11(11), 2653–2660.

Argonov, V. Y. (2014). The pleasure principle as a tool for scientific forecasting of human self-evolution. *Journal of Ethics and Emerging Technologies*, 24(2), 63–78.

Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., Leventhal, A. M., Cuevas, J., Rodgers, K., Sass, J. (2012). Where is the pleasure in that? Low hedonic capacity predicts smoking onset and escalation. *Nicotine and Tobacco Research*, 14(10), 1187–1196.

Babin, E. A. (2013). An examination of predictors of nonverbal and verbal communication of pleasure during sex and sexual satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(3), 270–292. doi:10.1177/0265407512454523

Bajcar, E. A., Abramciów, R. (2011). Zachowania zdrowotne – rola zmiennych poznawczych w procesie formowania intencji zmiany zachowania. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*, LXIV, 175–185.

Balon, R., Segraves, R. T. (2005). *Handbook of Sexual Dysfunction*. Boca Raton: Taylor & Francis.

Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Bancroft, J., Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(5), 571–579.

Bartra, O., McGuire, J. T., Kable, J. W. (2013). The valuation system: a coordinate-based meta-analysis of BOLD fMRI experiments examining neural correlates of subjective value. *Neuroimage*, 76, 412–427.

Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 51–65.

Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327–1333.

Basson, R., Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's Health, 14*, 1745506518762664.

Beisert M. (1991). *Seks Twojego dziecka*. Zakład Wydawniczy K. Domke, Poznań.

Berek, M. (2019). Charakter więzi wytworzonych w dzieciństwie a rozwój anhedonii w dorosłym życiu. *Psychologia Rozwojowa, 24*(3), 33–47.

Berek, M. (2023). *Polska adaptacja Kwestionariusza Dysfunkcyjnych Przekonań Seksualnych (SDBQ)*. [W przygotowaniu].

Berek, M., Probiez, E. (2021). Seksualność osób niepełnosprawnych w filmach – aspekt stereotypów, empatii i współczucia. W: M. Iwaniuk, K. Skrzątek (red.), *Naukowe rozważania o problemach z zakresu filozofii, kultury i historii* (s. 244–256). Wydawnictwo Naukowe TYGIEL sp. z o.o.

Bernecker, K., Becker, D. (2021). Beyond Self-Control: Mechanisms of Hedonic Goal Pursuit and Its Relevance for Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 47*(4), 627–642.

Berridge, K. C., Kringelbach, M. L. (2011). Building a neuroscience of pleasure and well-being. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice, 1*(1), 1–26.

Berridge, K. C., Robinson, T. E. (2003). Parsing reward. *Trends in neurosciences, 26*(9), 507–513.

Blunt-Vinti, H., Jozkowski, K. N., Hunt, M. (2019). Show or tell? Does verbal and/or nonverbal sexual communication matter for sexual satisfaction? *Journal of sex and marital therapy, 45*(3), 206–217.

Bogdan, R., Pizzagalli, D. A. (2009). The heritability of hedonic capacity and perceived stress: a twin study evaluation of candidate depressive phenotypes. *Psychological medicine, 39*(2), 211–218.

Borowiec, A., Wróbel, B. (2020). *Sztuka kobiecości*. Warszawa: Wydawnictwo Agora.

Bradford, A., Meston, C. M. (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behaviour research and therapy*, 44(8), 1067–1077.

Brochmann, N., Støkken-Dahl, E. (2017). *Radości z kobiecości: czyli wszystko o zarządzaniu narządami*. Sonia Draga Sp. z oo.

Brud, P. P. (2021). Przegląd kryteriów diagnostycznych, cech i typów osobowości borderline wraz z próbą ich porządkowania. *Studia Psychologica: Theoria et Praxis*, 21(2), 37–56.

Bunikowski, D. (2007). Zasady moralne w myśli Davida Hume'a. *Studia Philosophiae Christianae*, 43(2), 63–73.

Byers, E. S., Rehman, U. S. (2014). Sexual well-being. W: D. L. Tolman, L. M. Diamond, J. A. Bauermeister, W. H. George, J. G. Pfaus, L. M. Ward (red.), *APA handbook of sexuality and psychology, Vol. 1. Person-based approaches* (s. 317–337). American Psychological Association.

Cabanac, M. (2010). The Dialectics of Pleasure. W: M. L. Kringelbach, K. C. Berridge (red.), *Pleasures of the Brain* (s. 113–124). Oxford: Oxford University Press.

Carter, J., Swardfager, W. (2016). Mood and metabolism: anhedonia as a clinical target in type 2 diabetes. *Psychoneuroendocrinology*, 69, 123–132.

Carvalho, J., Nobre, P. (2010). Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *The journal of sexual medicine*, 7(2)2, 928–937.

Castro, D. C., Berridge, K. C. (2014). Advances in the neurobiological bases for food “liking” versus “wanting.” *Physiology and Behavior*, 136, 22–30.

Cella, M., Serra, M., Lai, A., Mason, O. J., Sisti, D., Rocchi, M. B. L., Preti, A., Petretto, D. R. (2013). Schizotypal traits in adolescents: links to family history of psychosis and psychological distress. *European Psychiatry*, 28(4), 247–53.

Chan, R. C., Wang, Y., Yan, C., Zhao, Q., McGrath, J., Hsi, X., Stone, W. S. (2012). A study of trait anhedonia in non-clinical Chinese samples: evidence from the Chapman Scales for Physical and Social Anhedonia. *PloS one*, 7(4), e34275.

Cierpiałkowska, L., Soroko, E. (2017). *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM

Cieślak, K. (1989). Polska wersja skali G. B. Spaniera służącej do pomiaru jakości związku małżeńskiego (DAS). *Przeгляд Psychologiczny*, 32(4), 1041–1049.

Clayton, A. (2007). Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 260–268.

Coleman, E., Corona-Vargas, E., Ford, J. V. (2021). Advancing sexual pleasure as a fundamental human right and essential for sexual health, overall health and well-being: An introduction to the special issue on sexual pleasure. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 473–477.

Cooper, J. A., Arulpragasam, A. R., Treadway, M. T. (2018). Anhedonia in depression: biological mechanisms and computational models. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 22, 128–135.

Cuenca Montesino, M. L., Graña Gómez, J. L., Peña Fernández, M. E., Andreu Rodríguez, J. M. (2013). Psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale (DAS) in a community sample of couples. *Psicothema*, 25(4), 536–541.

Cusack, C. E., Hughes, J. L., Cook, R. E. (2012). Components of Love and Relationship Satisfaction: Lesbians and Heterosexual Women. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 17(4), 171–179.

Cuthbert, B. N., Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126.

Cyranowski, J. M., Bromberger, J., Schiavi, R. C. (2004a). Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 646–651.

Cyranowski, J. M., Bromberger, J., Youk, A., Matthews, K., Kravitz, H. M., Powell, L. H. (2004b). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 539–548.

Cysarz, D. (2012). Zaburzenia seksualne a terapia poznawczo-behawioralna. *Journal of Sexual and Mental Health*, 10(1), 41–45.

D'Acunto, F., Malmendier, U., Weber, M. (2020). *Gender roles and the gender expectations gap* (No. w26837). National Bureau of Economic Research. Pobrane z: <https://www.nber.org/papers/w26837> (17.05.2023).

Davis, D., Shaver, P. R., Widaman, K. F., Vernon, M. L., Follette, W. C., Beitz, K. (2006). "I can't get no satisfaction": Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13(4), 465–483.

Dawson, C. A., Ehlke, S. J., Lewis, R. J., Amerson, R., Braitman, A. L., Shappie, A. T., Heron, K. E. (2022). A latent class analysis of sexual identity, attraction, and behavior among young sexual-minority women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, Advance Online Publication*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000594>

Dąbkowska, M. (2015). Obraz własnego ciała u kobiet a satysfakcja seksualna. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 21(2), 107–118.

Downs, B. W., Blum, K., Bagchi, D., Kushner, S., Bagchi, M., Galvin, J. M., Lewis, M., Siwicki, D., Brewer, R., Boyett, B., Baron, D., Giordano, J., Badgaiyan, R. D. (2020). Molecular neuro-biological and systemic health benefits of achieving dopamine homeostasis in the face of a catastrophic pandemic (COVID-19): A mechanistic exploration. *Journal of systems and integrative neuroscience*, 7, 1–8.

Dekker, A., Matthiesen, S., Cerwenka, S., Otten, M., Briken, P. (2020). Health, sexual activity, and sexual satisfaction. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(39), 645–652.

Delgado, J. M. R. (1969). *Physical Control of the Mind: Toward a Psychocivilized Society*. New York: Harper and Row.

Der-Avakian, A., Markou, A. (2012). The neurobiology of anhedonia and other reward-related deficits. *Trends in neurosciences*, 35(1), 68–77.

Dewitte, M., Bettocchi, C., Carvalho, J., Corona, G., Flink, I., Limoncin, E., Pascoal, P., Reisman, Y., Van Lankveld, J. (2021). A Psychosocial Approach to Erectile Dysfunction: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *Sexual medicine*, 9(6), 100434.

Dębowska, M. (2019). Seksualność człowieka. W: M. Dębowska, P. Gałęcki, A. Szulc (red.), *Seks a zdrowie psychiczne* (s.11–24). Warszawa: Wydawnictwo Medyk.

Diener, E., Lucas, R. E., Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. W: C. R. Snyder, S. J. Lopez (red.), *Handbook of positive psychology* (s. 463–473). New York: Oxford University Press.

Dodell-Feder, D., Germine, L. (2018). Epidemiological Dimensions of Social Anhedonia. *Clinical Psychological Science*, 6(5), 735–743.

Dora, M. (2013). Lepiej nie mówić. O edukacji seksualnej w Polsce. *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 101-107.

Dorsey, D. (2021). Francis Hutcheson. W: E. N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University. Pobrane z: <https://plato.stanford.edu/entries/hutcheson/> (7.06.2023).

Droszol-Cop, A., Jakima, S., Sajdak, D. (2018). Zaburzenia seksualne związane z bólem. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 238–249). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Droszol-Cop, A., Skrzypulec-Plinta, V., Białka, A. (2018). Problemy seksualne w ginekologii. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 371–382). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Dunn, K. M., Croft, P. R., Hackett, G. I. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex, Marital Therapy*, 26(2), 141–151.

Dworak, A. (2018). *Zdrowie i zachowania zdrowotne kobiet: perspektywa społeczno-pedagogiczna*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne "Akapit".

Eagly, A. H., Nater, C., Miller, D. I., Kaufmann, M., Sczesny, S. (2020). Gender stereotypes have changed: A cross-temporal meta-analysis of U.S. public opinion polls from 1946 to 2018. *American Psychologist*, 75(3), 301–315.

Edwards, W. M., Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of sexual Behavior*, 33(3), 189–195.

Eisenberger, N. I., Muscatell, A. (2013). The Pleasures and Pains of Social Interactions: A Social Cognitive Neuroscience Perspective. W: K. N. Ochsner, S. Kosslyn (red.), *The Oxford Handbook of Cognitive Neuroscience. Vol. 2: The Cutting Edges* (s. 214–227). New York: Oxford University Press.

Endler, N. S., Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 231–245.

Engel, M., Fritzsche, A., Lincoln, T. M. (2013). Anticipatory pleasure and approach motivation in schizophrenia-like negative symptoms. *Psychiatry Research*, 210(2), 422–426.

Ercan, E. U., Uçar, S. (2021). Gender roles, personality traits and expectations of women and men towards marriage. *Educational Policy Analysis and Strategic Research*, 16(1), 7–20.

Field, N., Mercer, C. H., Sonnenberg, P., Tanton, C., Clifton, S., Mitchell, K. R., Erens, B., Macdowall, W., Wu, F., Datta, J., Jones, K. G., Stevens, A., Prah, P., Copas, A. J., Phelps, A., Wellings, K., Johnson, A. M. (2013). Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1830–1844.

Ford, J. V., Corona Vargas, E., Finotelli Jr, I., Fortenberry, J. D., Kismödi, E., Philpott, A., Rubio-Aurioles, E., Coleman, E. (2019). Why pleasure matters: Its global relevance for sexual health, sexual rights and wellbeing. *International Journal of Sexual Health*, 31(3), 217–230.

Ford, J. V., El Kak, F., Herbenick, D., Purdy, C., Tellone, S., Wasserman, M., Coleman, E. (2021). Sexual pleasure and healthcare settings: Focusing on pleasure to improve healthcare delivery and utilization. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 1–15.

Franken, I. H., Rassin, E., Muris, P. (2007). The assessment of anhedonia in clinical and non-clinical populations: further validation of the Snaith–Hamilton Pleasure Scale (SHAPS). *Journal of affective disorders*, 99(1–3), 83–89.

Gadacz, T. (2010). *Historia filozofii XX wieku. Nurty. Tom I*. Kraków: Wydawnictwo Znak.

Gałecki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

Gałecki, P., Talarowska, M. (2018). *Depresje u kobiet*. Warszawa: Medical Education.

Gard, D. E., Gard, M. G., Kring, A. M., John, O. P. (2006). Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1086–1102.

Gard, D. E., Kring, A. M., Gard, M. G., Horan, W. P., Green, M. F. (2007). Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia research*, 93(1–3), 253–260.

Germans, M. K., Kring, A. M. (2000). Hedonic deficit in anhedonia: support for the role of approach motivation. *Personality and Individual Differences*, 28(4), 659–672.

Gianotten, W. L. (2021). The (Mental) health benefits of sexual expression. W: Lew-Starowicz, M., Giraldi, A., Krüger, T. H. C. (red.), *Psychiatry and sexual medicine* (s. 57–70). Wydawnictwo: Springer, Cham.

Gianotten, W. L., Alley, J. C., Diamond, L. M. (2021). The health benefits of sexual expression. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 478–493.

Gniatkowska-Rutkowska, J. K., Satkiewicz, P. G. (2022). Terapia poznawczo-behawioralna seksualnych dysfunkcji bólowych u kobiet. *Journal of Sexual and Mental Health*, 20, 37–48.

Goldey, K. L., Posh, A. R., Bell, S. N., van Anders, S. M. (2016). Defining Pleasure: A Focus Group Study of Solitary and Partnered Sexual Pleasure in Queer and Heterosexual Women. *Archives of sexual behavior*, 45(8), 2137–2154.

Gomuła, A. (2006). Wpływ hormonów płciowych i neurotransmiterów na funkcje i zachowania seksualne. *Seksuologia Polska*, 4(1), 21–33.

Gooding, D. C. (2023). Social anhedonia and other indicators of risk for schizophrenia: Theory and inquiry. *Psychiatry Research*, 319, 114966.

Gooding, D. C., Pflum, M. J. (2014). The assessment of interpersonal pleasure: Introduction of the Anticipatory and Consummatory Interpersonal Pleasure Scale (ACIPS) and preliminary findings. *Psychiatry Research*, 215(1), 237–243.

Gooding, D. C., Tallent, K. A., Matts, C. W. (2005). Clinical status of at-risk individuals 5 years later: further validation of the psychometric high-risk strategy. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), 170–175.

Gorajska, M., Kuik, M., Laube, J., Liszewska, U., Madej, U. (2018). Edukacja seksualna w Polsce w kontekście promocji zdrowia seksualnego vs tabu seksualne. *Psychoseksuologia*, 4, 110–120.

Górnik-Durose, M., Jach, Ł. (2013). O zdrowiu w relacji do innych wartości we współczesnej kulturze. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie* (s. 77–103). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Górnik-Durose, M., Jach, Ł., Berek, M. (2020). *Polska adaptacja skali do badania tonu hedonicznego TEPS*. Materiały niepublikowane.

Górnik-Durose, M., Jach, Ł., Pasztak-Opilka, A., Sikora, T. (2020). *Sens i wartość zdrowia w kontekście współczesnej mentalności*. Warszawa: Difin.

Grabowska, M. (2007). *Stereotypy płci we wczesnej dorosłości: wybrane uwarunkowania*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Gračanin, A., Bylsma, L. M., Vingerhoets, A. J. (2014). Is crying a self-soothing behavior? *Frontiers in psychology*, 5, Article 502, 1–15.

- Graham, J. M., Liu, Y. J., Jeziorski, J. L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 701–717.
- Gravel, E. E., Pelletier, L. G., Reissing, E. D. (2016). “Doing it” for the right reasons: Validation of a measurement of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for sexual relationships. *Personality and Individual Differences*, 92, 164–173.
- Grillo, L. (2016). A Possible Role of Anhedonia as Common Substrate for Depression and Anxiety. *Depression research and treatment*, 2016(1598130), 1–8.
- Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G., Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 29–40.
- Hambach, A., Evers, S., Summ, O., Husstedt, I. W., Frese, A. (2013). The impact of sexual activity on idiopathic headaches: an observational study. *Cephalalgia*, 33(6), 384–389.
- Hartmann, U., Heiser, K., Ruffer-Hesse, C., Kloth, G. (2002). Sexual female desire disorders: subtypes, classification, personality factors, a new direction for treatment. *World Journal of Urology*, 20(2), 79–88.
- Heath, R. G. (1972). Pleasure and brain activity in man. Deep and surface electroencephalograms during orgasm. *The Journal of nervous and mental disease*, 154(1), 3–18.
- Heaven, P. C. L., Crocker, D., Edwards, B., Preston, N., Ward, R., Woodbridge, N. (2003). Personality and sex. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 411–419.
- Henderson, A. W., Lehavot, K., Simoni, J. M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of sexual behavior*, 38(1), 50–65.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440.

Holka-Pokorska, J. (2018). Psychologia i fizjologia reaktywności seksualnej u kobiet. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 64–84). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Husain, M., Roiser, J. P. (2018). Neuroscience of apathy and anhedonia: a transdiagnostic approach. *Nature reviews. Neuroscience*, 19(8), 470–484.

Huta, V., Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 735–762.

Hutcheson, F., Grzeliński, A., Van den Abbeel, J. (2016). Esej na temat natury naszych uczuć i kierowania nimi. *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, 22, 343–346.

Ibrahim, M., Thearle, M. S., Krakoff, J., Gluck, M. E. (2016). Perceived stress and anhedonia predict short-and long-term weight change, respectively, in healthy adults. *Eating behaviors*, 21, 214–219.

Ilska, M., Przybyła-Basista, H., Brandt, A. (2017). Skala Satysfakcji Seksualnej Kobiet Cindy Meston i Paula Trapnella – Właściwości Psychometryczne Polskiej Wersji Narzędzia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 22(3), 440–458

Iniewicz G. (2009). Specyfika relacji w parach homoseksualnych. *Psychiatria polska*, 43(1), 77–86.

Izdebski, Z., Wąż, K., Mazur, J., Kowalewska, A. (2017). Społeczno-demograficzne i rodzinne uwarunkowania pierwszych doświadczeń seksualnych i inicjacji seksualnej młodzieży. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15(2), 144–155.

Jakima, S. (2010). Partner osoby z dysfunkcją seksualną. W: S. Jakima, M. Lew-Starowicz (red.), *Dysfunkcje seksualne w depresji* (s. 71–76). Warszawa: Oficyna Wydawnicza MOST.

Jakima, S., Lew-Starowicz, M. (2010) *Dysfunkcje seksualne w depresji*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza MOST.

Jakima, S. (2020). *Dysfunkcje seksualne. Poradnik dla lekarzy*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Jakima, S., Dębowska, M. (2019). Metody diagnostyczne zaburzeń seksualnych. W: M. Dębowska, P. Gałęcki, A. Szulc (red.), *Seks a zdrowie psychiczne* (s. 293–301). Warszawa: Wydawnictwo Medyk

Jakima, S., Rawińska, M. (2020) Farmakoterapia w seksuologii. W: M. Rawińska (red.), *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna* (s. 37–43). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Jakubowska, H. (2009). *Socjologia ciała*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Janicka, I. (2008). Staż wspólnego życia a satysfakcja seksualna partnerów kohabitujących. *Psychologia rozwojowa*, 13(4), 37–48.

Janicka, I., Cieślak, M. (2020). Satysfakcja seksualna i jej znaczenie w bliskich związkach emocjonalnych. In *Polskie Forum Psychologiczne*, 25(4), 389–405

Janicka, I., Kwiatkowski, M. (2016). *Homoseksualizm męski i kobiecy w perspektywie psychologicznej*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Jankowiak, B. (2013). Nieformalne związki jedno i dwupłciowe jako alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego. Analiza jakości i stabilności relacji. *Studia Edukacyjne*, 26, 155–170.

Jankowiak, B., Waszyńska, K. (2011). Współczesne formy życia partnerskiego. Analiza jakości i trwałości relacji. *Nowiny Lekarskie*, 80(5), 358–366.

Janoska-Jaździk, M. (2019). Seks w kulturach świata. W: M. Dębowska, P. Gałęcki, A. Szulc (red.), *Seks a zdrowie psychiczne*. (s.25–40). Warszawa: Wydawnictwo Medyk.

Janus, M., Szulc, A. (2015). Seksuologiczne narzędzia diagnostyczne w Polsce i na świecie. *Seksuologia Polska*, 13(1), 31–35.

Jasionowska, J., Filip, M., Gałecki, P., Boniecki, Ł. (2019). Leczenie dysfunkcji seksualnych. W: M. Dębowska, P. Gałecki, A. Szulc (red.), *Seks a zdrowie psychiczne*. (s.302–344). Warszawa: Wydawnictwo Medyk.

Jones, A. (2019). Sex is not a problem: The erasure of pleasure in sexual science research. *Sexualities*, 22(4), 643–668.

Joshanloo, M, Jovanović, V. Similarities and differences in predictors of life satisfaction across age groups: A 150-country study. *Journal of Health Psychology*, 26(3), 401–411.

Kalat, J. W. (2006). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: PWN.

Kalmbach, D. A., Kingsberg, S. A., Ciesla, J. A. (2014). How changes in depression and anxiety symptoms correspond to variations in female sexual response in a nonclinical sample of young women: A daily diary study. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2915–2927.

Kalmbach, D. A., Pillai, V. (2014). Daily affect and female sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2938–2954.

Kampania Przeciw Homofobii i Stowarzyszenie Lambda Warszawa. (2021). *RAPORT ZA LATA 2019 – 2020. Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce*. Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii i Stowarzyszenie Lambda Warszawa. Pobrane z: https://kph.org.pl/publikacje_kph/ (29.08.2023).

Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York: Bruner/Mazel

Katsimardou, A., Patoulas, D., Zografou, I., Tegou, Z., Imprialos, K., Stavropoulos, K., Toumpourleka, M., Karagiannis, A., Petidis, K., Doumas, M. (2023). The Associations between Kidney Function and Sexual Dysfunction among Males and Females with Type 2 Diabetes Mellitus. *Medicina*, 59(5), 969.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., Gebhard, P. H. (1998). *Sexual behavior in the human female*. Indiana: Indiana University Press.

Kossat, J. (2019) *Seksualność. Seria Elsevier Essentials*. Wrocław: Edra Urban & Partner

Kowalcze, K., Krysiak, R. (2018). Hormonalne uwarunkowania seksualności. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s.54–64). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Kozłowska, K., Rzymiski, P., Wilczak, M. (2019). Jakość życia kobiet z zaburzeniami uroginekologicznymi - przegląd piśmiennictwa. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 58(1), 7–11.

Kremska, A. (2020). Potrzeby i reakcje seksualne kobiet w wieku okołomenopauzalnym. *Seksuologia Polska*, 18, 25–32.

Kring, A. M., Barch, D. M. (2014). The motivation and pleasure dimension of negative symptoms: neural substrates and behavioral outputs. *European Neuropsychopharmacology*, 24(5), 725–736.

Kringelbach, M. L. (2010) The Hedonic Brain: A Functional Neuroanatomy of Human Pleasure (s. 202–221) W: M. L. Kringelbach, K. C. Berridge (red.), *Pleasures of the Brain*. Oxford: Oxford University Press.

Kringelbach, M. L., Berridge, K. C. (2010). The functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Discovery Medicine*, 9(49), 579–587.

Kringelbach, M. L., Berridge, K. C. (2010). Introduction: The Many Faces of Pleasure (s. 3–6) W: M.L. Kringelbach, K.C. Berridge (red.), *Pleasures of the Brain*. Oxford: Oxford University Press

Kringelbach, M. L., Stein, A., van Hartevelt, T. J. (2012). The functional human neuroanatomy of food pleasure cycles. *Physiology and behavior*, 106(3), 307–316.

Kringelbach, M. L. (2017). *Ośrodek Przyjemności. Zaufaj swoim instyktom*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Ksendzova, M., Iyer, R., Hill, G., Wojcik, S. P., Howell, R. T. (2015). The portrait of a hedonist: The personality and ethics behind the value and maladaptive pursuit of pleasure. *Personality and Individual Differences*, 79, 68–74.

- Kucharski, S., Rzepa, T. (2017). Samoocena i jej komponenty a satysfakcja z życia seksualnego. *Psychoseksuologia*, 1(3), 61–67.
- Laan, E. T., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H., Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 516–536.
- Lamb, S. (2013). The hard work of pleasure. W: L. Allen, M. L. Rasmussen, K. Quinlivan (red.), *The politics of pleasure in sexuality education* (s. 136–152). New York: Routledge.
- Lantz, S. E., Ray, S. (2022). *Freud Developmental Theory*. StatPearls Publishing.
- Leiblum, S. R., Rosen, R. C. (2005). *Terapia zaburzeń seksualnych*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Leng, L., Beckers, T., Vervliet, B. (2022). No joy-why bother? Higher anhedonia relates to reduced pleasure from and motivation for threat avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 159, 104227.
- Leśniak, J. (2021). Psychopatia – specyficzne zaburzenie osobowości – kryteria diagnostyczne i ujęcie teoretyczne. *Resocjalizacja Polska*, 21(1), 117–133.
- Lew-Starowicz, M. (2010a). Epidemiologia depresji i zaburzeń seksualnych. Współchorobowość. W: S. Jakima, M. Lew-Starowicz (red.), *Dysfunkcje seksualne w depresji* (s. 33–40). Warszawa: Oficyna Wydawnicza MOST
- Lew-Starowicz, M. (2010b). Patogeneza zaburzeń seksualnych w depresji. W: S. Jakima, M. Lew-Starowicz (red.), *Dysfunkcje seksualne w depresji* (s. 41–46). Warszawa: Oficyna Wydawnicza MOST
- Lew-Starowicz, M. (2010c). Wpływ leków stosowanych w leczeniu zaburzeń nastroju na powstawanie dysfunkcji seksualnych. W: S. Jakima, M. Lew-Starowicz (red.), *Dysfunkcje seksualne w depresji* (s. 46–58). Warszawa: Oficyna Wydawnicza MOST
- Lew-Starowicz, M. (2018a). Problemy seksualne w psychiatrii. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 64–84). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Lew-Starowicz, M. (2018b). Zaburzenia erekcji. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 260–275). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Lew-Starowicz, M. (2018c). Zaburzenia ejakulacji i orgazmu. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 275–287). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Lew-Starowicz, M., Lew-Starowicz, Z. (2018). Klasyfikacje zaburzeń seksualnych. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 425–437). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Lew-Starowicz, Z. (2015). Zaburzenia seksualne u kobiet. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy Seksuologii* (s. 181–185). Warszawa: PZWL.

Lew-Starowicz, Z. (2018). Zaburzenia orgazmu u kobiet. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 232–237). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Lew-Starowicz, Z. (2022). Metody leczenia zaburzeń seksualnych. W: Z. Lew-Starowicz (red.), *Psychoseksuologia. Metody diagnostyczne i terapeutyczne* (s. 197–218). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Lew-Starowicz, Z., Czajkowska, K. (2017). *Seksualność Polaków 1996–2016*. Poznań: Termedia.

Levitt, R. B. (2019). Moody Menstruators, Baby Brain Preggos, and Menopausal Maniacs: Stereotypes That Hold Women Back. *Women's Reproductive Health*, 6(2), 147–149.

Lewis, R. J., Dawson, C. A., Shappie, T. A., Braitman, A. L., Heron, K. E. (2022). Recruiting cisgender female couples for health disparity-focused daily diary research: challenges, successes, and lessons learned, *Psychology and Sexuality*, 13(4), 931–951.

Leyton, M., Boileau, I., Benkelfat, C., Diksic, M., Baker, G., Dagher, A. (2002). Amphetamine-induced increases in extracellular dopamine, drug wanting, and novelty

seeking: a PET/[11C] raclopride study in healthy men. *Neuropsychopharmacology*, 27(6), 1027–1035.

Loas, G. (2014). Anhedonia and risk of suicide: An overview. W: M. Ritsner (red.), *Anhedonia: A comprehensive handbook volume II: Neuropsychiatric and physical disorders* (s. 247–253). Dordrecht, the Netherlands: Springer.

Loas, G., Lefebvre, G., Rotsaert, M., Englert, Y. (2018). Relationships between anhedonia, suicidal ideation and suicide attempts in a large sample of physicians. *PLoS ONE*, 13, e0193619.

Logie, C. H., Perez-Brumer, A., Parker, R. (2021). The contested global politics of pleasure and danger: Sexuality, gender, health and human rights. *Global Public Health*, 16(5), 651–663.

Longstaff, A. (2012). *Neurobiologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Lorenz, T., van Anders, S. (2014). Interactions of sexual activity, gender, and depression with immunity. *The journal of sexual medicine*, 11(4), 966–979.

Lowen, A. (2022). *Przyjemność. Kreatywne podejście do życia*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

Lyubomirsky, S., King, L., Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855.

Maiorino, M. I., Bellastella, G., Castaldo, F. (2017). Sexual function in young women with type 1 diabetes: the METRO study. *Journal of Endocrinological Investigation*, 40(2), 169–177.

Makara-Studzińska, M., Wdowiak, A., Bakalczuk, G., Bakalczuk, S., Kryś, K. (2012). Problemy emocjonalne wśród par leczonych z powodu niepłodności. *Journal of Sexual and Mental Health*, 10(1), 28–35.

Mandal, E. (2000). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Marcinechová, D., Záhorcová, L. (2020). Sexual satisfaction, sexual attitudes, and shame in relation to religiosity. *Sexuality & Culture*, 24(6), 1913–1928.

Mas-Herrero, E., Maini, L., Sescousse, G., Zatorre, R. J. (2021). Common and distinct neural correlates of music and food-induced pleasure: A coordinate-based meta-analysis of neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 123, 61–71.

Mateusiak, J., Gwozdecka – Wolniaszek, E. (2013). O zachowaniach zdrowotnych przez pryzmat współczesności. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie*. (s. 155–183). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

McCabe, M., Sharlip, I.D., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., Lewis, R., Segraves, R. T. (2016a). Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 135–143.

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., Segraves, R. T. (2016b). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 144–152.

McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., Segraves, R. T. (2016c). Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 153–167.

Merk, W., Stusiński, J. (2022). Zastosowanie klasyfikacji ICD-11 w diagnostyce problemów zdrowotnych związanych z seksualnością. W: Z. Lew-Starowicz (red.), *Psychoseksuologia. Metody diagnostyczne i terapeutyczne* (s. 51–81). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Meston, C. M., Buss, D. M. (2007). Why humans have sex. *Archives of sexual behavior*, 36(4), 477–507.

Meston, C. M., Buss, D. M. (2009). *Why women have sex: Understanding sexual motivations from adventure to revenge (and everything in between)*. New York: Macmillan.

- Meston, C., Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 66–81.
- Metz, M.E., McCarthy, B.W. (2007). The “Good-Enough Sex” model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(3), 351–362.
- Millon, T., Davis, R. D. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Minichino, A., Jackson, M. A., Francesconi, M., Steves, C. J., Menni, C., Burnet, P. W., Lennox, B. R. (2021). Endocannabinoid system mediates the association between gut-microbial diversity and anhedonia/amotivation in a general population cohort. *Molecular Psychiatry*, 26(11), 6269–6276.
- Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N., Copas, A. J., Tanton, C., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., Macdowall, W., Phelps, A., Johnson, A. M., Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), 1817–1829.
- Mohr, T. S. (2014). Why women don't apply for jobs unless they're 100% qualified. *Harvard Business Review*, 25, 2–5.
- Mosiołek, A., Jakima, S. (2022). Zdrada w zaburzeniach osobowości borderline. *Seksuologia Polska*, 20, 69–76.
- Nagoski, E. (2015). *Ona ma siłę*. Warszawa: Wydawnictwo Buchmann.
- Nimbi, F. M., Tripodi, F., Simonelli, C., Nobre, P. (2019). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and psychometric properties of the Italian version. *Sexologies*, 28(2), 11–27.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2006a). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of sex research*, 43(1), 68–75.

Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2006b). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of sexual behavior*, 35(4), 491–499.

Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2008a) Cognitive and Emotional Predictors of Female Sexual Dysfunctions: Preliminary Findings. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 325–342

Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2008b). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 32(1), 37–49.

Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2008c) Cognitions, Emotions, and Sexual Response: Analysis of the Relationship among Automatic Thoughts, Emotional Responses, and Sexual Arousal. *Archives of sexual behavior*, 37(4), 652–661.

Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2009) Cognitive Schemas Associated with Negative Sexual Events: A Comparison of Men and Women with and Without Sexual Dysfunction. *Archives of sexual behavior*, 38(5), 842–851.

Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., Gomes, F. A. (2003). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 171–204.

Nobre, P. J., Tavares, I. M., Pinto-Gouveia, J. (2020) Sexual dysfunctional beliefs questionnaire. W: R. Milhausen, J. K. Sakaluk, T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber (red.), *Handbook of sexuality-related measures. Fourth edition* (s. 111–116). New York: Routledge.

Nomejko, A., Dolińska-Zygmunt, G. (2019) Psychospołeczne predyktory satysfakcji seksualnej polskich kobiet i mężczyzn 50+. *Polish Journal Of Applied Psychology*, 17(1), 11–20.

Nowosielski, K., Skrzypulec, V. (2009). Cykl reakcji seksualnej u kobiety. *Ginekologia Polska*, 80(6), 440–444.

Nowosielski, K., Wróbel, B., Sioma-Markowska, U., Poręba, R. (2013). Development and Validation of the Polish Version of the Female Sexual Function Index in the Polish Population of Females. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 386–395

Oettingen, J. (2013). Dysfunkcje seksualne—podejście oparte na teorii poznawczej. *Seksuologia Polska*, 11(2), 68–75.

Ogińska-Bulik, N. (2018). Znaczenie zakłóceń w podstawowych przekonaniach i strategii radzenia sobie w występowaniu negatywnych i pozytywnych skutków traumy u chorych onkologicznie. *Psychoonkologia*, 22(4), 113–122.

Olds, J., Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of comparative and physiological psychology*, 47(6), 419–427.

Olesiński, P. (2013). Rozwojowe ujęcie Trójczynnikowej Teorii Miłości Roberta Sternberga—trójwarstwowa miłość. *Psychologia Rozwojowa*, 18(2), 9–18.

Olsthoorn, J. (2020). On the Absence of Moral Goodness in Hobbes's Ethics. *The Journal of Ethics*, 24(2), 241–266.

Parameshwaran, S., Chandra, P. S. (2019). The New Avatar of Female Sexual Dysfunction in ICD-11—Will It Herald a Better Future? *Journal of Psychosexual Health*, 1(2), 111–113.

Parish, S., Cottler-Casanova, S., Clayton, A., McCabe, M., Coleman, E., Reed, G. (2021). The Evolution of the Female Sexual Disorder/Dysfunction Definitions, Nomenclature, and Classifications: A Review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sexual Medicine Reviews*, 9(1), 36–56.

Parish, S. J., Hahn, S. R., Goldstein, S. W., Giraldi, A., Kingsberg, S. A., Larkin, L., Minkin, M. J., Brown, V., Christiansen, K., Hartzell-Cushmanick, R., Kelly-Jones, A., Rullo, J., Sadovsky, R., Faubion, S. S. (2019). The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(5), 842–856.

Parish, S. J., Hahn, S. R. (2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual medicine reviews*, 4(2), 103–120.

Patel, J., Patel, P. (2019). Consequences of Repression of Emotion: Physical Health, Mental Health and General Well Being. *International Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(3), 16–21.

Peciña, S., Berridge, K. C. (2013). Dopamine or opioid stimulation of nucleus accumbens similarly amplify cue-triggered 'wanting' for reward: entire core and medial shell mapped as substrates for PIT enhancement. *The European Journal of Neuroscience*, 37(9), 1529–1540.

Peixoto, M. M., Nobre, P. J. (2020). Cognitive-Emotional Predictors of Sexual Functioning in Lesbians, Gays, and Heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1823–1838.

Pelizza, L., Ferrari, A. (2009). Anhedonia in schizophrenia and major depression: state or trait? *Annals of General Psychiatry*, 8(1), 22–31.

Pelizza, L., Azzali, S., Paterlini, F., Garlassi, S., Scazza, I., Rocco Chiri, L., Poletti, M., Pupo, S., Raballo, A. (2021). Anhedonia in the psychosis risk syndrome: State and trait characteristics. *Psychiatria Danubina*, 33(1), 36-47.

Petchesky, R. (2000). Sexual rights: Inventing a concept, mapping an international practice. W: R. Parker, R. M. Barbosa, P. Aggleton (red.), *Framing the sexual subject: The politics of gender, sexuality, and power* (s. 81–103). Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.

Philpott, A., Larsson, G., Singh, A., Zaneva, M., Gonsalves, L. (2021). How to navigate a Blindspot: Pleasure in Sexual and Reproductive Health and Rights programming and research. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 587–601.

Piątkiewicz, P., Krasuski, T., Maksymiuk-Kłós, A., Owczarek, K. O. (2017). Zaburzenia seksualne u chorych na cukrzycę — ważne i pomijane powikłanie. *Diabetologia Praktyczna*, 3(4), 133–140.

Pięta, A., Mosiołek, A. (2020). Dysfunkcje seksualne u kobiet w przebiegu zaburzeń afektywnych. *Seksuologia Polska*, 18, 42–47.

Pizzagalli, D. A. (2014). Depression, stress, and anhedonia: Toward a synthesis and integrated model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 393–423.

Pizzagalli, D. A., Holmes, A. J., Dillon, D. G., Goetz, E. L., Birk, J. L., Bogdan, R., Dougherty, D. D., Iosifescu, D. V., Rauch, S. L., Fava, M. (2009). Reduced caudate and nucleus accumbens response to rewards in unmedicated individuals with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(6), 702–710.

Płaczkiewicz, B., Maciejewska, J. (2021). Edukacja seksualna istotnym elementem promocji zdrowia młodzieży. *Społeczeństwo. Edukacja. Język*, 14(2), 125–136.

Pogorzelska, M. (2020). Trudności seksualne w psychoterapii par. W: M. Rawińska (red.), *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna* (s. 363–384). Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.

Radomski, D. (2007). Od poznania się do seksualnej satysfakcji, czyli biologiczne mechanizmy seksualności człowieka. *Seksuologia Polska*, 5(1), 18–24.

Raniszewska-Wyrwa, A. (2014). Johna Locke'a koncepcja wychowania moralnego. *Biuletyn Historii Wychowania*, 31, 161–175.

Rasmussen, M. L. (2013). Pleasure/desire, secularism, and sexuality education. W: L. Allen, M. L. Rasmussen, K. Quinlivan (red.), *The politics of pleasure in sexuality education* (s. 153–168). New York: Routledge.

Rawińska, M. (2020). Terapia seksualna. W: M. Rawińska (red.), *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna* (s. 17–36). Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

Reale, G. (2008). *Historia filozofii starożytnej. Tom V*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

- Reale, G. (2010). *Historia filozofii starożytnej. Tom III*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Reynolds, J., Houlston, C., Coleman, L. (2014). *Understanding relationship quality*. London: OnePlusOne.
- Rimé, B., Bouchat, P., Paquot, L., Giglio, L. (2020). Intrapersonal, interpersonal, and social outcomes of the social sharing of emotion. *Current Opinion in Psychology*, 31, 127–134.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., Pacoe, E. M., Grant, M. M., Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 72–80.
- Rizvi, S. J., Pizzagalli, D. A., Sproule, B. A., Kennedy, S. H. (2016). Assessing anhedonia in depression: Potentials and pitfalls. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 21–35.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Agostino, R., Jr (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208.
- Rossi, R. (2021). *Dochodzę. Odkryj, co sprawia ci przyjemność*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Rømer Thomsen, K., Whybrow, P.C., Kringelbach, M.L. (2015). Reconceptualizing anhedonia: novel perspectives on balancing the pleasure networks in the human brain. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 9, 1–23.
- Russo, N. F., Green, B. L. (2002). Kobiety a zdrowie psychiczne. W: B. Wojciszke (red.), *Kobiety i mężczyźni: odmiennie spojrzenie na różnice* (s. 303–353). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Rye, B. J., Meaney, G. J. (2007). The pursuit of sexual pleasure. *Sexuality & Culture*, 11(1), 28–51.
- Quinn, M. (2021). Bentham on Utility and Cultural Value. *Revue d'études benthamiennes*, 20. Pobrane z : <http://journals.openedition.org/etudes-benthamiennes/9202> (29.06.2023).

Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C. (2014). Systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 67–75.

Seligman, M. E. P. (2004). Psychologia pozytywna. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna: nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 18–32). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Senjooti, R., Liat, A. (2020). Age and Gender Stereotypes Reflected in Google's "Autocomplete" Function: The Portrayal and Possible Spread of Societal Stereotypes. *The Gerontologist*, 60(6), 1020–1028.

Sescousse, G., Caldú, X., Segura, B., Dreher, J. C. (2013). Processing of primary and secondary rewards: a quantitative meta-analysis and review of human functional neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(4), 681–696.

Sęk, H. (1997). Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne. W: Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń* (s. 34–55). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Shankman, S. A., Katz, A. C., DeLizza, A. A., Sarapas, C., Gorka, S. M., Campbell, M. L. (2014). The different facets of anhedonia and their associations with different psychopathologies. W: M. S. Ritsner (red.), *Anhedonia: A comprehensive handbook: Conceptual issues and neurobiological advances, volume 1* (s. 3–22). Dordrecht: Springer.

Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., Johannes, C. B. (2008). Sexual Problems and Distress in United States Women. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970–978.

Sikora, T. J. (2015). Psycho-kulturowy mechanizm wyceny przyjemności. *Psychologia Ekonomiczna*, 7, 37–53.

Skowroński, K. P. (2011). Wybrane koncepcje cielesności w filozofii i kulturze w kontekście rozważań o przyjemności i rozkoszy. W: K. Łeńska-Bąk, M. Sztandara (red.),

O rozkoszach wszelakich... Od przyjemności do ekstazy w kontekstach kultury (s. 43–60).
Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego

Smith, K. S., Mahler, S. V., Peciña, S., Berridge, K. C. (2010). Hedonic Hotspots: Generating Sensory Pleasure in the Brain. W: M. L. Kringelbach, K. C. Berridge (red.), *Pleasures of the Brain* (s. 27–49). Oxford: Oxford University Press.

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281–295.

Southern, S. (2019). Good Enough Sex: An Interview with Barry McCarthy. *The Family Journal*, 27(1), 5–10.

Sroślak, K., Ziętalewicz, U., Pyrcz, P. (2017). Wpływ endometriozы i metod jej leczenia na jakość życia i funkcjonowanie seksualne kobiet—przegląd najnowszych badań. *Przegląd seksuologiczny*, 13(1), 17–24.

Stanton, A. L., Low, C. A. (2012). Expressing Emotions in Stressful Contexts: Benefits, Moderators, and Mechanisms. *Current Directions in Psychological Science*, 21(2), 124–128.

Sun, C. W., Wang, Y. J., Fang, Y. Q., He, Y. Q., Wang, X., So, B. C. L., Shum, D. H. K., Yan, C. (2022). The effect of physical activity on anhedonia in individuals with depressive symptoms. *PsyCh Journal*, 11(2), 214–226.

Szczypiński, J., Gola, M. (2017). Anhedonia. Co o niej wiemy i jak ją badać? *Psychiatria*, 14(2), 65–74.

Szymaniec, P. (2015). Doczesne szczątki Jeremy’ego Benthama a zasada użyteczności. Prawa osób zmarłych i stosunek do religii w Benthamowskim użycylnaryzmie. W: J. Gołaczyński, J. Mazurkiewicz, J. Turłukowski, D. Karkut (red.), *Non omnis moriar: osobiste i majątkowe aspekty prawne śmierci człowieka: zagadnienia wybrane. Tom 1* (s. 750–771). Wrocław: Oficyna Prawnicza.

Szymańska, M., Lew-Starowicz, Z. (2022). Skale i kwestionariusze. W: Z. Lew-Starowicz (red.), *Psychoseksuologia. Metody diagnostyczne i terapeutyczne* (s. 147–167). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Śliwa, M. (2009). *Teoria piękna w filozofii Francisa Hutchesona*. Olsztyn: Instytut Filozofii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Śliwerski, A. (2016). Trzy generacje terapii poznawczo-behawioralnych – rozwój i założenia teoretyczne. *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica*, 20, 5–30.

Świeżawski, S. (2000). *Dzieje europejskiej filozofii klasycznej*. Warszawa - Wrocław: PWN.

Treadway, M. T., Zald, D. H. (2011). Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(3), 537–555.

Trøstheim, M., Eikemo, M., Meir, R., Hansen, I., Paul, E., Kroll, S. L., Garland, E. L., Leknes, S. (2020). Assessment of anhedonia in adults with and without mental illness: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 3(8), e2013233.

Thomas, E. A., Garland, E. L. (2017). Mindfulness is associated with increased hedonic capacity among chronic pain patients receiving extended opioid pharmacotherapy. *The Clinical Journal of Pain*, 33(2), 166–173.

Waszyńska, K., Groth, J. Kowalczyk, R. (2013). Kontrowersje wokół współczesnej edukacji seksualnej. Teoria i (nie)rzeczywistość. *Studia Edukacyjne*, 24, 165–179

Ward, J., Lyall, L. M., Bethlehem, R. A. I., Ferguson, A., Strawbridge, R. J., Lyall, D. M., Cullen, B., Graham, N., Johnston, K. J. A., Bailey, M. E. S., Murray, G. K., Smith, D. J. (2019). Novel genome-wide associations for anhedonia, genetic correlation with psychiatric disorders, and polygenic association with brain structure. *Translational Psychiatry*, 9(1), 1–9.

Wellan, S. A., Daniels, A., Walter, H. (2021). State anhedonia in young healthy adults: psychometric properties of the German Dimensional Anhedonia Rating Scale (DARS) and effects of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 682824.

White, N. (2008). *Filozofia szczęścia. Od Platona do Skinnera*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

Wisłocka, M. (2016). *Sztuka kochania*. Warszawa: Wydawnictwo Agora.

Wojciszke, B. (2010). *Psychologia miłości*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

World Association for Sexual Health. (2014). *Declaration of sexual rights*. Pobrane z: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf> (29.06.2023).

World Health Organization. (1999). *The world health report: 1999: making a difference*. World Health Organization.

World Health Organization. (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. Pobrane z: <https://icd.who.int/> (1.07.2023).

Wood, R., Hirst, J., Wilson, L., Burns-O'Connell, G. (2019). The pleasure imperative? Reflecting on sexual pleasure's inclusion in sex education and sexual health. *Sex Education*, 19(1), 1-14.

Woźniak, K. (2012). *Seks i seksualność w dobie ponowoczesności*. Opole: Wydawnictwo Naukowe SCRIPTORIUM.

Wrońska, K. (2013). Johna Locke'a koncepcja wychowania: zapowiedź Oświeceniowych przemian w myśli pedagogicznej. *Pedagogika Filozoficzna on-line*, 1.

Verrastro, V., Saladino, V., Petruccelli, F., Eleuteri, S. (2020). Medical and health care professionals 'sexuality education: State of the art and recommendations. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2186.

Yang, Y., Yang, Z. Y., Zou, Y. M., Shi, H. S., Wang, Y., Xie, D. J., Lui S. S. Y., Zhanga, R., Cohen, A. C., Strauss, G. P., Cheung, E. F. C., Chan, R. C. (2018). Low-pleasure beliefs

in patients with schizophrenia and individuals with social anhedonia. *Schizophrenia Research*, 201, 137–144.

Young, M., Denny, G., Young, T., Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies*, 16(2), 73–84.

Ziółkowska, B., Wróbel, P. (2020). Obraz własnego ciała i poczucie jakości życia u młodych kobiet z zespołem policystycznych jajników. *Psychologia Rozwojowa*, 25(1), 101–113.

Żak-Łykus, A., Nawrat, M. (2013). Satysfakcja seksualna, życiowa i partnerska. *Family Forum*, 3, 171–186.

Żechowski, C. (2017). Teoria emocji i popędów – od Sigmunda Freuda do Jaaka Pankseppa. *Psychiatria polska*, 51(6), 1181–1189.

Spis rysunków

| | |
|---|-----|
| Rysunek 1 Obszary mózgu uczestniczące w procesie odczuwania przyjemności (źródło: Kringelbach, 2010) | 19 |
| Rysunek 2 Poznawczy model dysfunkcji seksualnej (źródło: Oettingen, 2013). | 73 |
| Rysunek 3 Model zależności między zmiennymi..... | 81 |
| Rysunek 4 Struktura sieci powiązań pomiędzy zdolnościami hedonicznymi: sensoryczną (TEPS), społeczną (ACIPS) oraz seksualną (KPIAS) | 122 |
| Rysunek 5 Modele regresji - etapy wprowadzania zmiennych | 154 |
| Rysunek 6 Ogólny model mediacyjny - mediacje proste | 168 |
| Rysunek 7 Ogólny model mediacyjny - mediacje paralelne (równoległe)..... | 169 |
| Rysunek 8 Model regresji - etapy wprowadzania zmiennych | 175 |

Spis tabel

| | |
|----------------|-----|
| Tabela 1..... | 50 |
| Tabela 2..... | 58 |
| Tabela 3..... | 107 |
| Tabela 4..... | 110 |
| Tabela 5..... | 112 |
| Tabela 6..... | 112 |
| Tabela 7..... | 113 |
| Tabela 8..... | 114 |
| Tabela 9..... | 116 |
| Tabela 10..... | 117 |
| Tabela 11..... | 118 |
| Tabela 12..... | 120 |
| Tabela 13..... | 121 |
| Tabela 14..... | 123 |
| Tabela 15..... | 125 |
| Tabela 16..... | 127 |
| Tabela 17..... | 127 |
| Tabela 18..... | 129 |
| Tabela 19..... | 130 |
| Tabela 20..... | 132 |

| | |
|----------------|-----|
| Tabela 21..... | 134 |
| Tabela 22..... | 135 |
| Tabela 23..... | 137 |
| Tabela 24..... | 138 |
| Tabela 25..... | 138 |
| Tabela 26..... | 139 |
| Tabela 27..... | 140 |
| Tabela 28..... | 140 |
| Tabela 29..... | 141 |
| Tabela 30..... | 142 |
| Tabela 31..... | 143 |
| Tabela 32..... | 144 |
| Tabela 33..... | 146 |
| Tabela 34..... | 147 |
| Tabela 35..... | 149 |
| Tabela 36..... | 150 |
| Tabela 37..... | 151 |
| Tabela 38..... | 155 |
| Tabela 39..... | 155 |
| Tabela 40..... | 155 |
| Tabela 41..... | 156 |
| Tabela 42..... | 156 |
| Tabela 43..... | 157 |
| Tabela 44..... | 158 |
| Tabela 45..... | 158 |
| Tabela 46..... | 158 |
| Tabela 47..... | 159 |
| Tabela 48..... | 159 |
| Tabela 49..... | 159 |
| Tabela 50..... | 160 |
| Tabela 51..... | 160 |
| Tabela 52..... | 161 |
| Tabela 53..... | 161 |
| Tabela 54..... | 162 |

| | |
|----------------|-----|
| Tabela 55..... | 162 |
| Tabela 56..... | 163 |
| Tabela 57..... | 163 |
| Tabela 58..... | 163 |
| Tabela 59..... | 166 |
| Tabela 60..... | 167 |
| Tabela 61..... | 169 |
| Tabela 62..... | 171 |
| Tabela 63..... | 172 |
| Tabela 64..... | 173 |
| Tabela 65..... | 176 |
| Tabela 66..... | 176 |
| Tabela 67..... | 176 |

Aneks

Załącznik 1.

Treść zaproszenia dla osób badanych

Szanowna Pani,

Poniższa ankieta jest częścią projektu naukowo-badawczego, którego celem jest zbadanie powiązań pomiędzy zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem w obszarze seksualnym oraz identyfikacja czynników mogących modyfikować odczuwanie przyjemności podczas aktywności seksualnej. Zdolność hedoniczna może być rozumiana jako umiejętność odczuwania przyjemności w różnych sytuacjach i pod wpływem różnych bodźców, a przez aktywność seksualną rozumie się każdą formę seksu realizowaną samemu lub z drugą osobą (partnerką/partnerem seksualnym).

Udział w badaniu polega na odpowiedzi na pytania dotyczące przyjemności oraz seksualności i obszarów z nią związanych. Ankieta nie wykorzystuje danych osobowych, udzielone odpowiedzi pozostaną anonimowe - nie ma możliwości zidentyfikowania uczestnika po udzielonych odpowiedziach. Wypełnienie ankiety zajmuje ok. 25 minut.

Ze względu na poruszaną tematykę, badanie skierowane jest do pełnoletnich kobiet.

Udział w badaniu jest w pełni dobrowolny - rezygnacja z udziału w badaniu jest możliwa w każdej chwili, bez konsekwencji. Pozyskane wyniki zostaną użyte wyłącznie w celach naukowych i pomogą w zaplanowaniu oddziaływań profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych do kobiet w zakresie doświadczania przyjemności seksualnej.

Przed rozpoczęciem badania zostaniesz poproszona o potwierdzenie świadomej zgody na udział w badaniu.

W razie dodatkowych pytań, zapraszam do kontaktu: [magdalena.m.berek@gmail.com](mailto:magdalenam.berek@gmail.com)

Z wyrazami szacunku,

Magdalena Berek-Zamorska

Określ poziom swojego wykształcenia:

- a. Podstawowe
- b. Zasadnicze (zawodowe/branżowe)
- c. Średnie
- d. Wyższe

Określ na skali od 1-10 poziom swojej wiedzy na temat seksualności człowieka, gdzie 1 oznacza "nie mam żadnej wiedzy" a 10 - "mam dużą, profesjonalną wiedzę"

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Określ na skali od 1 do 10 poziom swojego zdrowia psychicznego, gdzie 1 oznacza "jestem w bardzo złym stanie psychicznym" a 10 - "nie doświadczam żadnych trudności związanych ze zdrowiem psychicznym"

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Określ na skali od 1-10 stan swojego zdrowia fizycznego, gdzie 1 oznacza "jestem w bardzo złym stanie fizycznym" a 10 - "nie doświadczam żadnych trudności związanych ze zdrowiem fizycznym"

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Określ na skali od 1-10 poziom swojej religijności, gdzie 1 oznacza "w ogóle nie jestem osobą religijną" a 10 - "jestem osobą bardzo religijną"

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Załącznik 3

ACIPS

D. Gooding, M. Pflum (2014)

Przeczytaj dokładnie każde stwierdzenie i zdecyduj jak bardzo jest ono dla ciebie prawdziwe. Jeżeli zdarzy się, że nigdy nie doświadczyłeś opisanego zdarzenia, pomyśl o takim, które jest do niego najbardziej podobne i zaznacz odpowiedź. Nigdy nie zostawiaj stwierdzenia bez odpowiedzi. Wybierz tylko jedną odpowiedź do każdego stwierdzenia. Nie staraj się być logiczny w swoich odpowiedziach.

Spośród poniższych 6 odpowiedzi wybierz jedną opcję i zakresł odpowiednią cyfrę z prawej strony stwierdzenia:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 – zupełnie nieprawdziwe | 4 – trochę prawdziwe |
| 2 – umiarkowanie nieprawdziwe | 5 – umiarkowanie prawdziwe |
| 3 – trochę nieprawdziwe | 6 – całkowicie prawdziwe |

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Idąc na imprezę nie mogę się doczekać spotkania z ludźmi | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 2. Bardzo lubię oglądać zdjęcia przyjaciół i rodziny | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 3. Nie cieszy mnie perspektywa spotkań rodzinnych | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 4. Bardzo lubię żartować i rozmawiać z kolegą/koleżanką lub współpracownikiem/współpracowniczką | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 5. Dobre jedzenie zawsze smakuje lepiej w towarzystwie bliskich ludzi | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 6. Lubię, kiedy ludzie dzwonią albo piszą, żeby spytać co u mnie | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 7. Kiedy coś dobrego mi się przytrafia, nie mogę się doczekać, żeby podzielić się tym z innymi | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 8. Gdybym dowiedziała się o grupie ludzi, którzy dzielą moje zainteresowania, chciałabym do niej dołączyć | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 9. Sprawia mi przyjemność oglądanie filmów o przyjaźni lub bliskich związkach w towarzystwie moich przyjaciół | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 10. Wyobrażam sobie, że byłoby świetnie pojechać na wakacje z przyjaciółmi lub z kimś kogo kocham | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 11. Lubię być zapraszana na spotkania ze znajomymi po szkole lub pracy | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 12. Cieszę się, kiedy widzę przyjaciół lub bliskie osoby, których nie widziałam przez jakiś czas | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 13. Sprawia mi przyjemność uczestniczenie z przyjaciółmi w wydarzeniach takich jak mecze lub koncerty | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 14. Nie mogę się doczekać oglądania z moimi przyjaciółmi ulubionego programu telewizyjnego lub serialu | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 15. Jestem podekscytowana, kiedy przyjaciele, których dawno nie widziałam, proponują spotkanie | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 16. Lubię rozmawiać z innymi ludźmi, kiedy czekam w kolejce | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 17. Cieszy mnie, kiedy mogę porozmawiać o ważnych sprawach z przyjaciółmi | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |

Załącznik 4

TEPS

D. Gard, M. Gard, A. Kring, O. John (2006)

Przeczytaj dokładnie każde stwierdzenie i zdecyduj jak bardzo jest ono dla Ciebie prawdziwe. Jeżeli zdarzy się, że nigdy nie doświadczyłeś opisanego zdarzenia, pomyśl o takim, które jest do niego najbardziej podobne i zaznacz odpowiedź. Nigdy nie zostawiaj stwierdzenia bez odpowiedzi. Wybierz tylko jedną odpowiedź do każdego stwierdzenia. Nie staraj się być logiczny w swoich odpowiedziach.

Spośród poniższych 6 odpowiedzi wybierz jedną opcję i zakreśl odpowiednią cyfrę z prawej strony stwierdzenia:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 – zupełnie nieprawdziwe | 4 – trochę prawdziwe |
| 2 – umiarkowanie nieprawdziwe | 5 – umiarkowanie prawdziwe |
| 3 – trochę nieprawdziwe | 6 – całkowicie prawdziwe |

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. Kiedy w moim życiu zbliża się coś ekscytującego, nie mogę się tego doczekać | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 2. Odgłos trzaskającego w ogniu drewna odpręża mnie | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 3. Kiedy myślę o jedzeniu ulubionej potrawy to niemal czuję jaka ona jest smaczna | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 4. Uwielbiam dźwięk deszczu uderzającego w okno kiedy leżę w ciepłym łóżku | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 5. Zapach świeżego pieczywa sprawia mi przyjemność | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 6. Odczuwam przyjemność kiedy po wyjściu z pomieszczenia mogę zaczerpnąć świeżego powietrza | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 7. Z przyjemnością myślę o wyjściu „na miasto” z przyjaciółmi i znajomymi (do kawiarni, restauracji, pubu, itp.) | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 8. Kubek gorącej kawy lub herbaty w zimny poranek sprawia mi przyjemność | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 9. Lubię, kiedy bliscy mi ludzie głaszczą mnie lub przytulają | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 10. Ziewanie z przeciąganiem się sprawia mi przyjemność | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 11. Kiedy wybieram się do jakiegoś miejsca rozrywki, nie mogę się doczekać oferowanych tam atrakcji | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 12. Jestem tak podekscytowany w noc poprzedzającą wyjazd na długo oczekiwane wakacje, że prawie nie mogę spać | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 13. Doceniam piękno krajobrazu pokrytego świeżą warstwą śniegu | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 14. Kiedy pomyślę o czymś smacznym, muszę to mieć | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 15. Oczekiwanie na przyjemne zdarzenie samo w sobie jest przyjemnością | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |

16. Nie mogę się doczekać wielu rzeczy w moim życiu 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
17. Kiedy zamawiam coś z menu to wyobrażam sobie jakie to będzie dobre 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6
18. Kiedy słyszę o nowym filmie, w którym gra mój ulubiony aktor, nie mogę się doczekać, żeby go zobaczyć 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Załącznik 5

KPIAS narzędzie autorskie

Poniżej znajdują się stwierdzenia dotyczące czerpania przyjemności z aktywności seksualnej. Aktywność seksualna to każda forma seksu realizowana samemu lub z drugą osobą (partnerem seksualnym), czyli stosunki seksualne z penetracją lub bez, pieszczoty, masturbacja.

Przeczytaj każde stwierdzenie i określ, w jakim stopniu jest ono dla Ciebie prawdziwe. Jeśli jakaś opisana sytuacja Cię nie dotyczy, zaznacz odpowiedź, którą uważasz za najbardziej prawdopodobną. Do każdego pytania wybierz tylko jedną odpowiedź.

Spośród poniższych 6 odpowiedzi wybierz jedną opcję i zakreśl odpowiednią cyfrę z prawej strony stwierdzenia:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 – zupełnie nieprawdziwe | 4 – trochę prawdziwe |
| 2 – umiarkowanie nieprawdziwe | 5 – umiarkowanie prawdziwe |
| 3 – trochę nieprawdziwe | 6 – całkowicie prawdziwe |

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Masturbacja sprawia mi przyjemność | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 2. Z chęcią wracam do sprawdzonych sposobów na uzyskanie seksualnej przyjemności | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 3. Czerpię dużą satysfakcję i przyjemność z seksualnej aktywności | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 4. Aktywność seksualna i cielesne pieszczoty są dla mnie źródłem przyjemności | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 5. Po stosunku seksualnym lub pieszczotach z moim partnerem/partnerką seksualnym/ą doświadczam przyjemnych uczuć i satysfakcji | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 6. Myślę, że nie jestem zdolna do odczuwania przyjemności seksualnej | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 7. Intymność i pieszczoty towarzyszące aktywności seksualnej z osobą, z którą uprawiam seks zwiększają moją przyjemność seksualną | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 8. Uważam, że ludzie przeceniają przyjemność jaką daje seks | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |

Załącznik 6

SDBQ

P. Nobre, J. Pinto-Gouveia, F. Gomes (2003)

Poniższa lista zawiera różne poglądy na temat ludzkiej seksualności. Przeczytaj uważnie każde stwierdzenie i zaznacz liczbę, która odpowiada stopniowi, w jakim zgadzasz się lub nie zgadzasz z danym poglądem. Nie ma złych ani dobrych odpowiedzi, ale bardzo ważne jest, abyś była szczerą i odpowiedziała na wszystkie pytania w zgodzie z własną opinią.

Dla każdego stwierdzenia zaznacz jedną odpowiedź, gdzie:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1 – całkowicie się nie zgadzam | 4 – raczej się zgadzam |
| 2 – raczej się nie zgadzam | 5 – zupełnie się zgadzam |
| 3 – ani się zgadzam ani nie zgadzam | |

- | | |
|---|-------------------|
| 1. Miłość i uczucie są niezbędne do dobrego seksu | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 2. Masturbacja jest zła i grzeszna | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 3. Najważniejszym elementem seksu są wzajemne uczucia | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 4. Najlepszym darem jaki kobieta może wnieść do małżeństwa jest dziewictwo | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 5. Kobiety po menopauzie tracą pożądanie seksualne | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 6. Kobiety, które mają fantazje seksualne, są perwersyjne | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 7. Masturbacja nie jest właściwą aktywnością seksualną dla szanującej się kobiety | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 8. Po menopauzie kobiety nie są w stanie osiągnąć orgazmu | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 9. Istnieją różne sposoby na czerpanie seksualnej przyjemności i osiągnięcie orgazmu | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 10. Kobiety, które nie są atrakcyjne fizycznie, nie mogą osiągać satysfakcji seksualnej | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 11. W sypialni rządzi mężczyzna | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 12. Dobra matka nie może być aktywna seksualnie | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 13. Osiągnięcie orgazmu jest akceptowalne dla mężczyzn, ale nie dla kobiet | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 14. Seks musi być inicjowany przez mężczyznę | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 15. Seks jest brudny i grzeszny | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 16. Jednoczesny orgazm obojga partnerów jest kluczowy, aby zbliżenie było satysfakcjonujące | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

- | | |
|--|-------------------|
| 17. Orgazm jest możliwy tylko przez stosunek waginalny | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 18. Celem seksu jest zaspokojenie mężczyzny | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 19. Sukces zawodowy wymaga kontroli nad swoimi popędami seksualnymi | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 20. Wraz z wiekiem maleje przyjemność czerpana z seksu przez kobiety | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 21. Mężczyźni zwracają uwagę jedynie na młode, atrakcyjne kobiety | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 22. Seks jest piękny i czysty | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 23. Seks bez miłości jest jak jedzenie bez smaku | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 24. W seksie wszystko jest dozwolone, jeżeli odbywa się za obopólną zgodą | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 25. Każda kobieta, która inicjuje aktywność seksualną, jest niemoralna | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 26. Seks służy wyłącznie prokreacji | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 27. Uprawianie seksu podczas miesiączki może powodować problemy zdrowotne | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 28. Seks oralny jest jedną z największych perwersji | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 29. Jeśli kobieta da upust swojej seksualności, jest pod kontrolą mężczyzny | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 30. Bycie miłą i uśmiechanie się do mężczyzn może być niebezpieczne | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 31. Najcudowniejsze emocje, jakich może doświadczyć kobieta, są związane z macierzyństwem | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 32. Seks analny jest perwersją | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 33. W sypialni rządzi kobieta | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 34. Seks powinien mieć miejsce tylko wtedy, kiedy mężczyzna go inicjuje | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 35. Jest tylko jeden akceptowalny sposób uprawiania seksu – pozycja misjonarska | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 36. Doświadczenie przyjemności podczas stosunku seksualnego jest niedopuszczalne dla cnotliwej kobiety | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 37. Dobra matka musi kontrolować swój popęd seksualny | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 38. Brzydka kobieta nie jest w stanie zaspokoić seksualnie swojego partnera | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 39. Kobieta, która czerpie przyjemność wyłącznie poprzez stymulację łechtaczki jest chora albo zdemoralizowana | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| 40. Porządne dziewczyny nie angażują się w aktywność seksualną | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

Streszczenie

Zdolność hedoniczna, przekonania na temat seksualności i satysfakcja odczuwana w relacji jako wyznaczniki funkcjonowania kobiet w sferze seksualnej

Funkcjonowanie w sferze seksualnej i odczuwanie w jej wyniku przyjemności stanowi istotny obszar życia i zdrowia somatycznego i psychicznego kobiet. Mimo rosnącej wśród społeczeństwa wiedzy na temat seksualności, kobieca seksualność jest źródłem wielu stereotypów. Przekonania uważane są za kluczowy czynnik społeczno-kulturowy wiążący się z występowaniem trudności i dysfunkcji seksualnych, równie istotny dla funkcjonowania seksualnego jak czynniki psychologiczne i biologiczne. Właściwości biologiczne, psychologiczne i społeczno-kulturowe jednostki istotne są również dla jej zdolności hedonicznej, czyli zdolności do odczuwania przyjemności. Zależność między czynnikami jest widoczna w funkcjonowaniu seksualnym kobiet i odczuwanej przez nie przyjemności, płynącej z aktywności seksualnej.

Pogorszenie subiektywnej jakości życia, występowanie symptomów depresyjnych, obniżenie satysfakcji seksualnej i samooceny, występowanie konfliktów w relacjach, a także utrata przyjemności z aktywności seksualnych, to najczęściej zgłaszane przez kobiety objawy towarzyszące doświadczaniu trudności w funkcjonowaniu seksualnym.

Celem pracy było zbadanie powiązań między funkcjonowaniem seksualnym a zdolnością hedoniczną i zidentyfikowanie czynników ryzyka i czynników chroniących przed rozwojem trudności w odczuwaniu przyjemności i dysfunkcji seksualnych z tym związanych. Z uwagi na to, że doświadczanie dysfunkcji seksualnej oddziałuje na wiele obszarów życia i aktywności, zidentyfikowanie czynników kluczowych dla rozwoju objawów zaburzeń funkcjonowania seksualnego jest niezwykle istotne.

W tym celu przeprowadzono badania kwestionariuszowe badające poziom funkcjonowania seksualnego, satysfakcję odczuwaną w relacji (zarówno z jej seksualnych, jak i pozaseksualnych aspektów), zdolność do odczuwania przyjemności oraz poziom dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności.

Weryfikację postawionych hipotez badawczych oparto na odpowiedziach 321 kobiet.

Analiza statystyczna i interpretacja wyników w dużej mierze potwierdziła zasadność założonego teoretycznego modelu powiązań między zmiennymi oraz istotną rolę dysfunkcyjnych przekonań na temat seksualności oraz satysfakcji odczuwanej w relacji jako mediatorów związku między zdolnością hedoniczną a funkcjonowaniem seksualnym.

Wyniki wskazują także na duże zróżnicowanie czynników wyjaśniających funkcjonowanie seksualne w poszczególnych jego obszarach, jednak dla większości z nich istotna jest seksualna zdolność hedoniczna i zadowolenie z relacji seksualnej. Co istotne, w badaniach potwierdzono, że sensoryczna zdolność hedoniczną, zdrowie psychiczne oraz wiedza na temat seksualności wiążą się istotnie pozytywnie z seksualną zdolnością hedoniczną, podczas gdy dysfunkcjonalne przekonania seksualne dotyczące grzeszności przyjemności oraz przekonania konserwatywne obniżają poziom zdolności do odczuwania seksualnej przyjemności.

Wynikające z analizy i interpretacji wyników wnioski stanowią wartościowe źródło informacji i mogą być podstawą do projektowania działań profilaktycznych (w tym edukacji seksualnej), diagnostycznych i terapeutycznych. Działania oparte na wspieraniu zdolności do odczuwania przyjemności z różnych źródeł (sensorycznych, społecznych, seksualnych) mogą wpływać pośrednio na polepszenie jakości związku, funkcjonowania seksualnego i ograniczenie wpływu dysfunkcjonalnych przekonań na temat seksualności na występowanie trudności w funkcjonowaniu seksualnym, a także – mając na uwadze znaczenie przyjemności dla zdrowia seksualnego, relacyjnego i psychicznego, trening przyjemności mógłby stanowić formę profilaktyki zaburzeń psychicznych i dysfunkcji seksualnych.

Słowa kluczowe: zdolność hedoniczna, funkcjonowanie seksualne, przekonania na temat seksualności

Summary

Hedonic capacity, sexual beliefs and satisfaction experienced in relationship as determinants of women's functioning in the sexual domain

Sexual activity and feeling pleasure as a result of it is an important area of women's life and somatic and mental health. Despite the growing knowledge about sexuality in society, female sexuality is the source of many stereotypes. Beliefs are considered to be a key socio-cultural factor associated with sexual difficulties and dysfunctions, as important for sexual functioning as psychological and biological factors. The biological, psychological, and socio-cultural factors are also important for hedonic capacity (the ability to feel pleasure).

The relationship between factors of different nature is visible in women's sexual functioning and the pleasure they experience from sexual activity. The deterioration of the subjective quality of life, the occurrence of depressive symptoms, decreased sexual satisfaction and self-esteem, the occurrence of conflicts in relationships and the loss of pleasure from sexual activity are the symptoms most frequently reported by women accompanying the experience of difficulties in sexual functioning.

The aim of the study was to examine the links between sexual functioning and hedonic capacity and to identify risk and protective factors against the development of difficulties in experiencing pleasure and related sexual dysfunctions. Since experiencing sexual dysfunction affects many areas of life and activity, identifying key factors for the development of symptoms of sexual dysfunction is extremely important.

For this purpose, questionnaire studies were conducted to examine the level of sexual functioning, satisfaction experienced in the relationship (both from its sexual and non-sexual aspects), the ability to feel pleasure and the level of dysfunctional beliefs about sexuality.

The responses of 321 women were used to verify the research hypotheses.

The statistical analysis and interpretation of the results mostly confirmed the validity of the assumed theoretical model of connections between variables and the significant role of sexual dysfunctional beliefs and satisfaction in the relationship as mediators of the relationship between hedonic capacity and sexual functioning. The results also indicate - among other things - diversity of factors explaining sexual functioning in its individual areas, but for most of them the sexual hedonic ability and satisfaction with the

sexual relationship are important. Importantly, the research confirmed that sensory hedonic capacity, mental health, and knowledge about sexuality are significantly positively associated with sexual hedonic capacity, while dysfunctional sexual beliefs regarding pleasure as a sin and conservative beliefs reduce the level of the ability to feel sexual pleasure.

The conclusions resulting from the analysis and interpretation of the results constitute a valuable source of information and can be the basis for designing preventive (including sexual education), diagnostic and therapeutic activities. Activities based on supporting the ability to feel pleasure from various sources (sensory, social, sexual) may indirectly improve the quality of relationships, sexual functioning and reduce the impact of dysfunctional beliefs about sexuality on the occurrence of difficulties in sexual functioning, and also - taking into account the importance of pleasure for sexual, relational and mental health, pleasure training could be a form of prevention of mental disorders and sexual dysfunctions.

Key words: hedonic capacity, sexual functioning, sexual beliefs