

Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta



dr. Andrej Starc

dr. Raja Dahmane Gošnak

dr. Branko Gabrovec

DEJAVNIKI SPOLNEGA ZADOVOLJSTVA V SLOVENIJI

Znanstvena monografija

**Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta**

2023

Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta



izr. prof. dr. Andrej Starc

izr. prof. dr. Raja Dahmane Gošnak

doc. dr. Branko Gabrovec

DEJAVNIKI SPOLNEGA ZADOVOLJSTVA V SLOVENIJI

ZNANSTVENA MONOGRAFIJA

Ljubljana, 2023

NASLOV: DEJAVNIKI SPOLNEGA ZADOVOLJSTVA V SLOVENIJI
ZNANSTVENA MONOGRAFIJA

AVTORJI: izr. prof. dr. Andrej Starc
izr. prof. dr. Raja Dahmane Gošnak
doc. dr. Branko Gabrovec

JEZIKOVNI PREGLED: izr. prof. dr. Tomaž Petek

ZALOŽILA: Založba Univerze v Ljubljani

ZA ZALOŽNIKA: prof. dr. Gregor Majdič, rektor

IZDALA: Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani

ZA IZDAJATELJA: izr. prof. dr. Andrej Starc, dekan

RECENZENTI: prim. prof. dr. Ivan Eržen
izr. prof. dr. Goran Arbanas

OBLIKOVALNA ZASNOVA: izr. prof. dr. Andrej Starc

DOSEGLJIVO NA: <https://ebooks.uni-lj.si>
<https://www.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/Zalozba/Dejavniki.pdf>

DOI 10.55295/9789616945875

Prva e-izdaja. Publikacija je brezplačna.

To delo je objavljeno pod pogoji dovoljenja Creative Commons Priznanje avtorstva-Deljenje pod enakimi pogoji 4.0 Mednarodno dovoljenje (izjema so fotografije). / This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (except photographs).



Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

[COBISS.SI](https://cobiss.si)-ID [133599235](https://cobiss.si)

ISBN 978-961-6945-87-5 (PDF)

Recenzija:

prim. prof. dr. Ivan Eržen

Nacionalni inštitut za javno zdravje

V primeru znanstvene monografije Dejavniki spolnega zadovoljstva v Sloveniji, avtorjev Andrej Starc, Raja Dahmane Gošnak, Branko Gabrovec gre za obsežno in zahtevno delo, v katerem so avtorji podrobno predstavili dejavnike spolnega zadovoljstva ter rezultate raziskave, v okviru katere so proučevali značilnosti spolnega zadovoljstva med prebivalci v Sloveniji.

Analiza temelji na odgovorih, ki so jih je posredovali 6903 udeleženci raziskave z izpolnitvijo mednarodno validiranega vprašalnika. Predstavitev pristopa in metod dela, stanja in ugotovitev in predlogov kot so to v okviru raziskovalnega dela uporabili avtorji, je v pričujoči publikaciji podana na sistematičen, pregleden in enoten način. To omogoča tudi enostavno podrobnejšo analizo in primerjavo z rezultati, pridobljenimi v drugih raziskavah. Bralcem monografije nudi tak pristop dober vpogled v stanje in s tem publikacija dosega svoj namen. Predstavitev podatkov o značilnostih spolnega zadovoljstva med prebivalci Slovenije je zelo pomembna za strokovno javnost, ki bo iz ugotovitev črpala argumente in usmeritve za bodoče delo na področju krepitev spolnega zdravja.

Izsledki raziskovalnega dela, ki so predstavljeni v publikaciji bodo zelo dobrodošli v nadaljnjem raziskovanju. Dober, strokovno zanesljiv in znanstveno utemeljen prikaz stanja je predpogoj za ustrezno načrtovanje nadaljnjega dela na tem področju. Metodološki pristop, ki je predstavljen v tej znanstveni monografiji nudi dobro osnovo za podobne raziskave na področju analize razširjenosti dejavnikov, ki negativno vplivajo na spolno zadovoljstvo prebivalcev obeh spolov v različnih starostnih skupinah. Dobro poznavanje razmer je pomembno za usmerjanje aktivnosti v skupine prebivalstva, ki so kakorkoli prikrajšane. Hkrati pa je pristop, ki je predstavljen v tej monografiji, nepogrešljiv za ustrezno spremljanje trendov na področju spolnega zadovoljstva posameznih skupin prebivalcev.

Smiselno je nadaljevati s podrobnejšim raziskovanjem. Še posebej pomembno se mi zdi poudariti pomen dodatnih raziskav s ciljem pridobitve informacij o razlikah med posameznimi skupinami prebivalstva, kot je to na primer razlika v socialno ekonomskem stanju oziroma v izobrazbi ter seveda med osebami, ki so v partnerski zvezi in tistimi, ki niso. Natančno poznavanje stanja v posameznih skupinah prebivalstva omogoča pripravo prilagojenih ukrepov ter spremljanje njihovo uspešnost.

Recenzija:

izr. prof. dr. Goran Arbanas

**Univerzitetna psihiatrična klinika Vrabče Zagreb in Medicinska fakulteta
Univerza v Rijeki, Hrvaška**

The monographic edition of “Factors of sexual satisfaction in Slovenia” is a nice surprise. Sexology and sexual health are areas with not so many books and publications written by professionals in the field who are able to transfer research results into an interesting, yet scientific and professional text. Nevertheless, Andrej Starc, Raja Dahmane Gošnak and Branko Gabrovec managed to do exactly that. They present results of their research in a way that can be beneficial for novices in the area of sexuality, but also to distinguished professionals in the field.

This book is modern because it does not rely on anatomy, physiology, and pathology only, but includes areas of sexual satisfaction, sexual health and enjoyment into the arena of factors that influence sexual functioning. Even in their title they managed to include sexual satisfaction. Sexual satisfaction is an important phenomenon, because often people are looking for professional help not when they recognize that they have sexual dysfunctions, but when they sense that their sexual satisfaction is not up to their expectations. In the text, our authors continuously talk about sexual health (and not pathology), sexual satisfaction, sexual enjoyment, sexual rights. They did not forget to include a paragraph on the G spot in their review of female genital anatomy. This is a nice touch because for the last several decades many researchers and practitioners doubt whether G spot exists or not.

In the third chapter, the authors talk about Sexuality in the context of Public Health. I applaud the authors who recognized that sexuality is a public problem and that public health professionals should focus their attention onto sexual problems. We know that sexual dysfunctions are highly prevalent among the general population. Some estimations show that one third of women and one fourth of men will have at least one sexual problem in their lifetime (although only half of them will consider it to cause distress), but not many will look for professional help. I believe that it is extremely important to place sexuality into the focus of public health for at least two reasons. The first one is, which I have already mentioned, because sexual dysfunctions are among the most frequent problems people have, and therefore, professionals in the area of public health should be knowledgeable about them. On the other hand, since not many people ask for help when they have these problems (due to many different reasons) it is important to teach public health providers how to screen the population on sexual health issues and how to encourage those with problems to seek for help.

The authors present the results of their own study. This is a valuable data resource for Slovenia, for the region, but also for Europe as well. Methodologically sane

research are scarce in the field of sexology, especially in the region. Although we often use results from American and British studies (which are predominant), these results should not be translated into Slovenian (and Croatian) population, without appropriate adjustment. The practitioners of sexual therapy are well aware of the influences culture, religion, geographical and historical background can have on the particular sexual problem of an individual. Shame or pride, avoidance or focusing on, guilt or enjoyment, of sexuality is very much influenced by the place and time where the person has grown up and matured. Therefore, it is extremely important to have results from the local population. This is one more reason to recommend this text to local and European readers.

The results of our authors show the determinants of sexual (dys)function and sexual satisfaction. These results are important, not just at the scientific, theoretical level, but also for practical reasons, both for the professionals in the field and for the people with sexual problems.

In the end, I would like to say that this book is a valuable handbook for the researchers in the field of sexology, but also for practitioners in the area of sexual therapy and sexual counselling. Nevertheless, I would recommend this text to people with sexual issues, who can feel a great relief when they realize that they are not alone and that many people have the same problem.

KAZALO

1	UVOD	13
2	ANATOMIJA IN FIZIOLOGIJA ŽENSKIH IN MOŠKIH SPOLOVIL.....	15
2.1	ANATOMIJA NOŽNICE IN ZUNANJIH ŽENSKIH SPOLOVIL.....	15
2.1.1	Nožnica (<i>vagina, colpos</i>).....	15
2.1.2	Arterije, vene in bezgavke.....	16
2.1.3	Živci	16
2.1.4	Zunanje žensko spolovilo (<i>vulva</i>)	16
2.1.5	Arterije, vene, limfne žile in bezgavke	18
2.1.6	Živci	18
2.2	FIZIOLOGIJA ŽENSKIH SPOLOVIL	19
2.2.1	Hipotalamus (<i>hypothalamus</i>)	19
2.2.2	Hipofiza (<i>hypophysis</i>)	19
2.2.3	Jajčnik (<i>ovarium</i>).....	20
2.2.4	Točka »G« in fiziologija spolnega odziva pri ženskah	21
2.2.5	Fiziologija ženskega orgazma	23
2.3	ANATOMIJA ZUNANJIH MOŠKIH SPOLOVIL.....	24
2.3.1	Modo – <i>testis</i>	24
2.3.2	Modnik – <i>scrotum</i>	25
2.3.3	Spust moda – <i>descensus testis</i>	25
2.3.4	Moški spolni ud – <i>penis</i>	25
2.3.5	Žile in živci moškega spolovila.....	26
2.4	FIZIOLOGIJA MOŠKIH SPOLOVIL.....	27

2.4.1	Spolno poželenje (libido)	27
2.4.2	Erekcija.....	28
2.4.3	Orgazem in ejakulacija.....	28
3	SPOLNOST IN JAVNO ZDRAVJE.....	31
3.1	DEFINICIJA SPOLNEGA ZDRAVJA IN ZNAČILNOSTI SPOLNO ZDRAVIH LJUDI.....	31
3.2.	VPLIV SPOLNOSTI NA PREBIVALSTVO: BREME IN OCENA ZAHODNIH DRŽAV	33
3.3	PROMOCIJA ZDRAVJA KOT JAVNOZDRAVSTVENA STORITEV ..	34
3.4	JAVNOZDRAVSTVENI ODZIV	36
3.4.1	Okvir za promocijo spolnega zdravja.....	36
3.5	POTENCIALNE STRATEGIJE ZA IZBOLJŠANJE SPOLNEGA ZDRAVJA.....	37
4	NAMEN.....	40
4.1	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE	40
5	METODE DELA.....	42
5.1	OPIS ANKETNEGA VPRAŠALNIKA	42
5.2	OPIS RAZISKOVALNEGA VZORCA	42
5.3	OPIS POTEKA RAZISKAVE.....	43
5.4	OBDELAVA ZBRANIH PODATKOV	43
6	REZULTATI.....	44
7	RAZPRAVA	74
8	LITERATURA	80

Kazalo tabel

Tabela 1. Starost anketirancev	44
Tabela 2. Raven izobrazbe anketirancev.....	45
Tabela 3. Število otrok anketirancev.....	45
Tabela 4. Celokupno število spolnih partnerjev anketirancev	46
Tabela 5. Število spolnih odnosov mesečno anketirancev	46
Tabela 6. Število doseženih ženskih orgazmov	47
Tabela 7. Zaigranje orgazma pri anketiranih ženskah.....	47
Tabela 8. Dejavniki, ki vplivajo na nepojavnost ženskega orgazma	48
Tabela 9. Dejavniki, ki vplivajo na nepojavnost erekcije pri anketiranih moskih.....	48
Tabela 10 a. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami	49
Tabela 10 b. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami.....	50
Tabela 10 c. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami	51
Tabela 10 d. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami.....	52
Tabela 10 e. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami	53
Tabela 10 f. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami.....	54
Tabela 11. Bolečina med vaginalnim spolnim odnosom in lokacija bolečine pri anketiranih ženskah.....	55
Tabela 13. Bolečina po vaginalnemu spolnemu odnosu in lokacija bolečine	56
Tabela 14. Pojav bolečine med spolnim odnosom in po njem pri anketiranih ženskah	56
Tabela 15. Pearsonov korelacijski koeficient teoretičnih dimenzij.....	58

Tabela 16. Povezave med spolom anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	59
Tabela 17. Povezave med starostjo anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	60
Tabela 18. Povezave med zakonsko skupnostjo anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	62
Tabela 19. Povezave med ravno izobrazbo anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	64
Tabela 20. Povezave med spolno usmerjenostjo anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	65
Tabela 21. Povezave med številom otrok anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	66
Tabela 22. Povezave med številom vseh spolnih partnerjev anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	67
Tabela 23. Povezave med številom trenutnih spolnih partnerjev anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	68
Tabela 24. Povezave med številom spolnih odnosov anketirancev mesečno in spremenljivkami dimenzij.....	69
Tabela 25. Povezave med psihično motnjo anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	70
Tabela 26. Povezave med številom doseženih orgazmov anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	71
Tabela 27. Povezave med zaigranjem orgazma pri ženskah in spremenljivkami dimenzij.....	72
Tabela 28. Korelacije med doživljanjem orgazma med spolnim odnosom s partnerjem/-ico ali med samozadovoljevanjem anketirancev in spremenljivkami dimenzij.....	73

Kazalo slik

Slika 1: Dimenzije zdravja – holistični pogled (Ilmann, 2001)	32
---	----

1 UVOD

Spolno zadovoljstvo je pomemben kazalnik spolnega zdravja in je tesno povezano z zadovoljstvom v odnosu (Higgins et al., 2011). Spolno zadovoljstvo je bistveno za fizično in čustveno zdravje ter dobro počutje posameznikov in družin ter za družbeni in gospodarski razvoj skupnosti in držav. Na splošno spolnost zajema pravico vseh ljudi do znanja in sposobnosti za varno in prijetno spolno življenje. Sposobnost moških in žensk, da dosežejo spolno zdravje in dobro počutje, pa je odvisna od dostopa do informacij o spolnosti, poznavanja tveganj, s katerimi se spoprijemajo, ranljivosti za negativne posledice spolnosti, dostopa do kakovostnega spolnega zdravstvenega varstva in od okolij, ki spodbujajo spolno zdravje. To zajema posameznike in pare vseh spolnih usmeritev, prijeten seks, skrbi glede plodnosti in razmnoževanja; vključuje tudi vprašanja spolne disfunkcije, invalidnosti in spolnega nasilja. Zadnje kaže, da je spolno zdravje širši pojem kot reproduktivno zdravje (WHO, 2010; Welling & Johnson, 2013), pri čemer je spolno zdravje opredeljeno kot stanje fizičnega, čustvenega, duševnega in socialnega blagostanja, povezano s spolnostjo, in ne le odsotnost bolezni ali motenj. Kakovostno spolno zdravje zahteva pozitiven in spoštljiv pristop do spolnosti in spolnih odnosov ter možnost prijetne in varne spolne izkušnje brez prisile, diskriminacije in nasilja. Spoštovanje spolnih pravic vseh ljudi je treba doseči in ohraniti (Starc et al., 2019). Definicijo spolnosti lahko povzamemo kot osrednji vidik človekovega bitja skozi vse življenje in vključuje: spol, spolno identiteto in vlogo, spolno usmerjenost, erotiko, užitek, intimnost in reprodukcijo. Spolnost je izkušnja, izražena v mislih, fantazijah, željah, prepričanjih, stališčih, vrednotah, vedenju, vlogah in v partnerskih odnosih (WHO, 2006: 5).

Začetnik raziskovanja spolnega vedenja na splošni populaciji v ZDA je Alfred Kinsey (1948), raziskovanje spolnega zadovoljstva v zahodnih državah pa se je začelo v sedemdesetih letih (Michaels in Giami, 1999). Za prvo znanstveno raziskavo o spolnem zadovoljstvu in vedenju, ki je uporabila standardizirani in validiran vprašalnik, velja švedska raziskava, ki jo je leta 1969 izvedel Hans Zetterbergs (Feldaman v Michaels in Giami, 1999: 402). Med socialističnimi državami je z raziskovanjem spolnosti začela vzhodna Nemčija, v kateri so od začetka sedemdesetih let dvajsetega stoletja potekale sistematične in obsežne raziskave spolnega vedenja in zadovoljstva (Starke & Weller, 2000). V nekdanji Jugoslaviji velja poudariti Hrvaško, v kateri je bila prva raziskava spolnega vedenja narejena že leta 1971; raziskave so se v sedemdesetih izvajale v okviru »Škole narodnog zdravlja Andrija Štampa.

V sedemdesetih letih je bilo v Sloveniji izvedeno raziskovanje kontracepcijskega in reproduktivnega vedenja, ki pa ni vključevalo vprašanj o spolnem zadovoljstvu. Prve raziskave, ki so vključevale tudi vprašanja o spolnem zadovoljstvu, so bile opravljene ob koncu devetdesetih let dvajsetega stoletja (Bernik in Hlebec, 1998; 2000; 2005). V Sloveniji na tem področju torej nimamo tradicije sistematičnega raziskovanja spolnega zadovoljstva, raziskav, ki so bile do zdaj izvedene, pa je razmeroma malo in so bile v osemdesetih in devetdesetih letih večinoma narejene s perspektive aidsa (Bernik, 1996; 1996; Godina, 2000).

Dejavnike, ki vplivajo na spolno zadovoljstvo, smo v naši raziskavi razdelili v štiri splošne kategorije, za vsak razred pa smo oblikovali podskupine. Te kategorije so bile poimenovane na naslednji način: demografski dejavniki, psihološki dejavniki, sociokulturni dejavniki in patofiziološki dejavniki. Prva kategorija je vključevala dejavnike, kot so: spol, starost, zakonski status, izobrazba, spolna usmerjenost in število otrok. Druga kategorija je vključevala dejavnike, imenovane psihološki dejavniki. Psihološke motnje, kot so: depresija, anksioznost in duševno zdravje, so bile opredeljene kot pomembni dejavniki, ki vplivajo na spolno zadovoljstvo.

V tretji kategoriji so bili obravnavani medosebne komunikacijske veščine, prepričanja in stališča, ekonomska raven in število spolnih partnerjev. Nazadnje, v četrti kategoriji, je bil upoštevan dejavnik, kot je disparevnija.

Demografski dejavniki	Starost, zakonski status, izobraževanje, spolna usmerjenost, število otrok, število spolnih partnerjev
Psihološki dejavniki	Psihološke motnje, kot sta depresija, anksioznost
Sociokulturni dejavniki	Medosebna komunikacija, veščine, prepričanja in stališča
Patofiziološki dejavniki	Disparevnija

Namen naše monografije je raziskati vlogo individualnih, odnosnih in sociokulturnih spremenljivk pri določanju spolnega zadovoljstva moških in žensk, ki živijo v Sloveniji.

2 ANATOMIJA IN FIZIOLOGIJA ŽENSKIH IN MOŠKIH SPOLOVIL

Spolno zadovoljstvo je zapleten in izjemen proces. Moški in ženski spolni sistem se dopolnjujeta; oba sta bistvena za spolno zadovoljstvo in razmnoževanje.

2.1 ANATOMIJA NOŽNICE IN ZUNANJIH ŽENSKIH SPOLOVIL

Ženske spolne organe glede na lego razdelimo v dve skupini. V perinealni regiji ležita zunanja ženska spolna organa – vulva in ščetavček. V medenični votlini ležijo notranji ženski spolni organi – parni jajčnik, parni jajcevod, maternica in nožnica. Distalni del nožnice prestopi skozi medenično diafragmo v perinealno regijo. Obravnavali bomo anatomijo nožnice in zunanjega spolovila (Gošnjak Dahmane, Kralj, 2006; Dahmane et al., 2016).

2.1.1 Nožnica (*vagina, colpos*)

Nožnica je gladka in elastična mišična cev, dolga približno 10 cm, ki se razteza od materničnega vratu do nožničnega preddvora (*vestibulum vaginae*); poteka naprej in navzdol. Zgornji dve tretjini nožnice ležita v medenični votlini, spodnja tretjina pa prehaja skozi medenično dno in se odpira v nožnični preddvor. Nožnica je sploščena; sprednja (*paries anterior*) in zadnja stena (*paries posterior*) se dotikata, ob straneh pa prehajata druga v drugo. Njen zgornji del obkroža del materničnega vratu (*portio vaginalis*), tako da nastane krog in krog porcije nožnični jarek (*fornix vaginae*). Spredaj je jarek plitek, zadaj pa je globok; med spolnim odnosom v misijonarskem položaju konica penisa doseže sprednji forniks, medtem ko v vstopnem položaju zadaj doseže zadnji forniks, ki predstavlja *receptaculum seminis* (Faix et al., 2002).

Spodnji del nožnice, pod urogenitalno diafragmo, zadaj meji na *centrum tendineum perinei*, ki jo ločuje od analnega kanala. Bočno ob vagini je parakolpij, prostor, ki vsebuje rahlo vezivo in maščobo pa tudi žile in živce.

Nožnica ima podobno zgradbo kot vsi cevasti organi; njena sluznica (*tunica mucosa*) ima prečne gube (*rugae vaginales*), ki se po porodu sploščijo. Deviška kožica (*hymen*) je duplikatura sluznice, ki zapira vhod v nožnico in se raztrga pri prvem spolnem odnosu (*defloratio*). Himen, ki je meja med zunanjim in notranjim spolovilom, je različno oblikovan: v obliki obročka (*hymen anularis*), polmeseca (*hymen semilunaris*) in sita (*hymen cribrosus*). Srednjo plast (*tunica muscularis*) sestavljajo vzdolžno, krožno in spiralno razporejene gladke mišice. Zunanja plast

(*tunica adventitia*) vsebuje elastična vlakna, ki povezujejo nožnico z okolico (*paracolpium*) (Dahmane et al., 2016).

Spredaj zgornji del nožnice meji na svod sečnega mehurja, spodnji del pa na sečnico. Med nožnico, sečnico in sečnim mehurjem je vezivo zgoščeno v *septum vesicovaginale*. Zadnja stena nožnice meji na danko, od katere jo ločuje vezivni rektovaginalni septum. Zgornji del nožnice zadaj pokriva peritonej, ki se tu priviha na danko, zato zadnji forniks meji na Douglasov prostor (*cavum Douglasi, excavatio rectouterina*) (Netter, 2003).

2.1.2 Arterije, vene in bezgavke

Nožnico oskrbuje vaginalna arterija (*a. vaginalis*), ki izhaja neposredno iz notranje iliakalne arterije. Vaginalne veje izhajajo tudi iz drugih arterij: maternična arterija (*a. uterina*) za zgornji del nožnice, vezikalna arterija (*a. vesicalis*) za srednji del in notranja pudendalna arterija za spodnji del (*a. pudenda interna*). Venska kri teče v vaginalni venski pleksus, ki se nahaja bočno ob nožnici, od tam pa kri teče v maternični, vezikalni in v rektalni venski pleksus. Limfa odteka iz nožnice v notranje iliakalne in zunanje dimeljske bezgavke (Dahmane et al., 2016).

2.1.3 Živci

Nožnico oživčuje simpatično in parasimpatično vegetativno živčevje prek plexus uterovaginalis, njen spodnji del pa tudi nervus pudendus (Kobe et al., 2003; Dahmane et al., 2016).

2.1.4 Zunanje žensko spolovilo (*vulva*)

Zunanje žensko spolovilo (*pudendum femininum, vulva*) sestavljajo: nadsramje, veliki sramni ustnici, mali sramni ustnici, nožnični preddvor, ščegetavček, dve veliki in več manjših vestibularnih žlez.

Nasramje (*mons pubis*) je zaobljena vzpetina nad simfizo, obložena z maščobo in prekrita z dlakami. Pri ljudeh je na splošno izrazitejša pri ženskah kot pri moških. Pri ženskah se nadsramje včasih imenuje mons veneris in ščiti zvezo med sramnicama. Njegovo maščobno tkivo je občutljivo na estrogen, tako da se z nastopom pubertete oblikuje izrazita izboklina. Z upadom telesnega estrogena med menopavzo pogosto postane manj izrazito.

Veliki sramni ustnici (*labia majora*) sta kožni gubi, ki obdajata sramno poko (*rima pudendi*). Na zunanji strani sta pigmentirani in poraščeni z dlakami, na notranji pa sta gladki in rožnati, z nekaj znojnicami. Pod kožo je pretežno maščobno tkivo z nekaj ligamenti, gladkimi mišičnimi vlakni, živci ter s krvnimi in z limfnimi žilami. Velike sramne ustnice ustrezajo moškemu modniku. Spredaj sta veliki sramni ustnici združeni v sprednjo labialno komisuro (*commissura labiorum anterior*). Zadaj ju povezuje zadnja labialna komisura (*commissura labiorum posterior*), kožna guba, ki se vrašča v perinealno telo in ločuje zunanje spolovilo od presredka.

Mali sramni ustnici (*labia minora*) sta rožnati kožni gubi, ki obdajata nožnični preddvor in ležita pod velikimi sramnimi ustnicami. Koža je gladka in vlažna; ima žleze lojnice in znojnice. Zadaj ju veže nizka prečna guba (*frenulum*). Spredaj vsaka ustnica prehaja v dva pramena; zgornja pramena se spojita v *preputium clitoridis*, spodnja pramena pa tvorita *frenulum* (Kobe et al., 2003; Dahmane et al., 2016).

Ščegetavček (*clitoris*) je večplastna struktura s široko pritrditvijo na sramnici ter prek obsežnega podpornega tkiva na *mons pubis* in *labia minora*. Večji del klitorisa se skriva pod kožo in vezivnim tkivom vulve. Sestavljen je iz zunanje glavice (*glans*) in repa (angl. clitoral raphe) ter notranjega telesa, crura, in čebulic; njegova skupna dolžina je 9–11 cm. Anatomija klitorisa se je v zadnjem času razvijala. O'Connell in sodelavci (2008) so ugotovili, da se vagina, sečnica in okolno erektilno tkivo nahajajo tesno znotraj med presredkom, površino repa klitorisa na sramničnem loku. Podrobne raziskave so ugotovile, da gobasto tkivo tesno objema distalni del nožnice in sečnice. To tkivo naj bi bilo najbolj podobno klitorisu, zato so ga poimenovali čebulice klitorisa (O'Connell et al., 2008). Distalni del vagine se nahaja blizu klitorisa, zato so ta del poimenovali »kompleks klitorisa« ali klitouretr vaginalni kompleks (CUV). Čeprav distalna vagina in sečnica nista erektilni tkivi, so te strukture tesno povezane s čebulicami in z gobastim tkivom klitorisa. Ti deli so oskrbljeni z istimi krvnimi žilami in živci ter se med spolno stimulacijo odzovejo skupaj. Zunanji del klitorisa sestavlja glavica klitorisa (*glans clitoridis*), ki se nadaljuje v rafo ali rep klitorisa. V notranjosti je klitoris sestavljen iz telesa klitorisa, ki je gobasto tkivo, podobno kot pri moških, in ga v literaturi pogosto poimenujejo *corpus spongiosum* (angl. *clitoral cavernous body*), ki tvori dvojni lok z dvema votlinama in dvema čebulicama klitorisa (angl. *clitoral bulb*). Med vagino in dvojnimi lokom je sečnica (Jannini et al., 2014).

Nožnični preddvor (*vestibulum vaginae*) se nahaja med *labia minora*; v sluznici je veliko majhnih vestibularnih žlez (*glandulae vestibulares minores*). V zgornjem delu preddvora se odpira zunanja odprtina sečnice (*ostium urethrae externum*), v

spodnjem delu pa sta veliki Bartholinovi žlezi (*glandulae vestibulares majores*), ki se odpirata na obeh straneh nožničnega preddvora. Sta fižolaste oblike in imata približno 1 cm v premeru; po 30. letu se postopoma zmanjšujeta. Bartholinovi žlezi izločata sekret, ki skupno z lojnicami tvori *smegma vestibuli* (analogno smegmi preputii pri moškem) in sta pogosta mesti okužbe.

2.1.5 Arterije, vene, limfne žile in bezgavke

Zadnji del zunanjšega spolovila oskrbujejo veje notranje pudendalne arterije (*a. pudenda interna*), ki je veja notranje iliakalne arterije. Sprednji del oskrbujejo veje zunanje pudendalne arterije (*a. pudenda externa*), ki izvira iz femoralne arterije. Notranja pudendalna arterija odda posteriorne labialne veje (*rr. labiales posteriores*), arterijo za vestibularni bulbus (*a. bulbi vestibuli*) in arteriji za kavernožno telo (*a. profunda clitoridis* in *a. dorsalis clitoridis*). Sprednje labialne veje (*rr. labiales anteriores*) izhajajo iz *a. pudenda externa*.

Venozna kri teče skozi istoimenske vene ter se izliva v notranje in zunanje pudendalne vene. Del krvi teče iz klitorisa v venski pleksus pri mehurju (*v. dorsalis profunda clitoridis*).

Limfa odteka iz zunanjšega spolovila v povrhnje dimeljske bezgavke. Iz telesa in glave klitorisa limfa odteka neposredno v globoke dimeljske bezgavke in v bezgavke vzdolž notranje iliakalne arterije (Dahmane et al., 2016).

2.1.6 Živci

Večina živcev, ki oživčujejo zunanje spolovilo, se odcepi od pudendalnega živca (*n. pudendus*), potem ko ta odda spodnji rektalni živec (*n. rectalis inferior*) za zunanji analni sfinkter. Sprednjo tretjino velikih sramnih ustnic oživčujejo veje ilioingvinalnega živca (Dahmane et al., 2016).

Čeprav ima vegetativna inervacija klitorisa pomembno vlogo pri ženski spolni funkciji, se večina študij o nevroanatomiji klitorisa osredinja na senzorično funkcijo *n. clitoridis dorsalis*. Dorzalni živec klitorisa izvira iz pudendalnega živca v Alcockovem kanalu in potuje do korpusa klitorisa. Kavernožni živci izvirajo iz vaginalnega živčnega pleteža in potekajo vzdolž sečnice. Ob telesu klitorisa veje kavernožnih živcev prečkajo *n. clitoridis dorsalis* in se nadaljujejo vzdolž njega, nato pa se tik preden dosežejo glavico klitorisa združijo z njim.

2.2 FIZIOLOGIJA ŽENSKIH SPOLOVIL

Primarne funkcije ženskih spolovil so: tvorba in prenos jajčeca, ustvarjanje dobrega hranilnega okolja za dozorevanje oplojenega jajčeca ter razvoj embrija in fetusa. Delovanje ženskih spolovil je odvisno od uravnovešenega delovanja hipotalamusa, hipofize, jajčnika, maternične sluznice in usklajenega delovanja hipotalamo-hipofizno-ovarijskega sistema, ki ga uravnava mehanizem povratnih zvez (Vidanova, 2016).

2.2.1 Hipotalamus (*hypothalamus*)

Hipotalamus je del srednjih možganov (*diencephalon*), leži pod talamusom ter je s pomočjo živčnih in žilnih povezav v stiku s hipofizo. Skozi te povezave izloča gonadoliberin ali gonadotropni sproščajoči hormon (angl. gonadotropin releasing hormon – GnRH), s čimer nadzira izločanje dveh gonadotropnih hormonov hipofize: folikle stimulirajoči hormon (FSH) in luteinizirajoči hormon (LH). Obstaja tudi retrogradni obtok iz hipofize v hipotalamus, to je kratka povratna zveza. Več hipotalamičnih jeder (*nucleus arcuatus*, *nucleus paraventricularis*) ureja menstruacijski cikel. S pomočjo živčnih in žilnih povezav so v stiku s hipofizo in sprejemajo informacije iz različnih centrov v možganih. Glavni nevrotansmitorji, ki sodelujejo pri uravnavanju hormonov, so: kateholamini, serotonin, melatonin ter endogeni opijati in melatonin) (Vidanova, 2016; Starc, 2019).

2.2.2 Hipofiza (*hypophysis*)

Hipofiza je razdeljena na sprednji del (adenohipofiza) in zadnji del (nevrohipofiza). Nevrohipofiza izloča oksitocin in antidiuretični hormon (ADH). Adenohipofiza izloča tri hormone:

- FSH (folikel stimulirajoči hormon) – gonadotropni hormon;
- LH (luteinizirajoči hormon) – gonadotropni hormon;
- PRL (prolaktin) – hormon laktogeneze.

FSH in LH sta gonadotropna hormona, ki nastaneta v gonadotropnih celicah adenohipofize. Te celice imajo receptorje za GnRH.

- Folikulotropin ali folikel stimulirajoči hormon (FSH) – vzbudi zorenje foliklov in spodbuja delitev granuloznih celic (ki obdajajo folikel); pri tem se en folikel preoblikuje v dominantnega. FSH pospešujejo izločanje estradiola (na sploh vseh estrogenov) in nastanek hormonov v rumenem telescu (steroidogenezo).

- Luteotropin ali luteinizirajoči hormon (LH) – sproži ovulacijo, vzpodbuja steroidogenezo v celicah foliklov, vzbuja in ohranja delovanje rumenega telesca (Vidanova, 2016; Starc, 2019).

LH in FSH sta odgovorna za lutealno postovulacijsko fazo ovarijskega cikla. Predovulacijski vrh doseže okoli enajstega dne menstrualnega cikla. Sledi nadaljnja delitev jajčeca, ki v 36 urah povzroči rupturo zrelega folikla in sproščanje oocita–ovulacijo. Nato LH vpliva na oblikovanje in delovanje rumenega telesca (*corpus luteum*), ki izloča progesteron in estrogen.

- Prolaktin (PRL) – je glavni hormon laktacije; vpliva na nastanek in izločanje mleka. Poleg tega ima še široke biološke učinke: učinkuje na reproduktivni sistem in sodeluje pri uravnavanju metaboličnih procesov, bilanci tekočin in pri prilagajanju organizma na stres. Prolaktin nastaja v hipofizi, maternici, dojki, imunskih celicah, možganih in pri obsečnici. Glavni stimulus za izločanje prolaktina je sesanje mleka, pri čemer gre za živčno posredovani učinek.

2.2.3. Jajčnik (*ovarium*)

Jajčnik je odgovoren za rast in razvoj folikla, ki vsebuje zarodno celico (oocit) in izloča spolne hormone. Menstruacijski cikel v jajčniku razdelimo na folikularno in lutealno obdobje. Med njima je ovulacija – ruptura zrelega folikla in sproščanje jajčeca.

V prvem dnevu folikularnega obdobja začne skupina foliklov rasti in dozorevati pod vplivom FSH. Iz skupine od šestih do dvanajstih sekundarnih foliklov se le eden, ki mu pravimo dominantni folikel, popolnoma razvije v zrel mehurček – v terciarni ali Graafov folikel, ki tvori hormone. Folikel je zgrajen iz dveh vrst specializiranih celic: celice teke, ki so na zunanji strani folikla, in celice granuloze, ki so na notranji strani, med njima pa je bazalna membrana. LH spodbuja celice teke, FSH pa celice granuloze. V celicah teke in granuloze poteka dvocelični sistem steroidogeneze. V celicah teke se holesterol spremeni v androgene hormone. Ti vstopijo v celice granuloze ter se pod vplivom FSH in encima aromataze spremenijo v estradiol (E2). Okoli 12. dneva folikularnega obdobja FSH, LH in estradiol dosežejo predovulacijski vrh (Vidanova, 2016). Približno 14. dan nastopi ovulacija – folikel počne in sprosti jajčece, ki ga lovijo lovke jajcevoda. Folikel se skrči zaradi izlite tekočine in se napolni s krvjo (*corpus rubrum*), nato pa se napolni z luteinom in se spremeni v rumeno telesce (*corpus luteum*).

Lutealno obdobje menstruacijskega ciklusa je obdobje rumenega telesca. Iz njega se izloča progesteron in v manjših količinah tudi estrogen. Izločanje progesterona je pod vplivom LH, čeprav je izločanje LH v tem obdobju v konstantnem upadanju. V sredini lutealnega obdobja progesteron doseže svoj vrh ter zavira izločanje GnRH, FSH in LH (negativna povratna zveza). Progesteron in estrogen začneta upadati, rumeno telesce pa se začne krčiti in se spremeni v brazgotino ali belo telesce (*corpus albicans*).

E2 deluje lokalno v jajčniku: poveča število receptorjev za estradiol in receptorjev za LH, spodbuja zorenje foliklov, preprečuje atrezijo foliklov in prek povratne faze s hipofizo uravnava menstrualni cikel. Vpliva na obnovo endometrija in skupaj s progesteronom sproži menstruacijo. Poveča prepustnost cervikalne sluzi za semenčice ter deluje na večino tkiv in organov zunaj splovil. Poleg progesterona izloča rumeno telesce tudi E2 in velike količine inhibina. E2 in progesteron spodbujata pripravo endometrija na morebitno ugnezditev zarodka. V lutealni fazi cikla je sekrecija gonadotropinov nizka. Rumeno telesce začne propadati sedem dni po ovulaciji. Če pride do zanositve, zarodek začne izločati humani horionski gonadotropin (HCG), ki podaljša funkcionalnost rumenega telesca in skrbi zanj, dokler te naloge ne prevzame placenta. Če do zanositve ne pride, progesteron in inhibin iz rumenega telesca postopno zmanjšata sekrecijo gonadotropinov. Progesteron deluje na več ravneh, vpliva na cervikalno sluz in jo spremeni, da onemogoči potovanje semenčic v maternično votlino. V jajčniku progesteron zavira aromatazo, zmanjšuje število receptorjev za progesteron in estrogene. Sodeluje pri kontroli menstrualnega cikla, saj skupaj z E2 povzroči skok izločanja gonadotropinov (LH) pred ovulacijo. Pozneje se zaradi povišane ravni progesterona v krvi v medsebojnem delovanju pojavi zaviralni učinek na hipotalamus in hipofizo, tako da začne upadati izločanje LH-ja (mehanizem dolge povratne zveze). Ko je količina LH-ja nizka, začne rumeno telesce propadati in se spremeni v brazgotinasto tvorbo ali belo telesce (*corpus albicans*). Količina progesteronov in estrogenov upade in začne se menstruacija. Vzporedno z izginjanjem aktivnosti rumenega telesca (znižano koncentracijo LH in progesterona) narašča raven FSH-ja. Višja raven FSH-ja pa je dražljaj za ponovno rast nove skupine foliklov v naslednjem ciklu (Vlaisavljević, Pfeirer, 2011; Borko, Gavrić - Lovrec, 2006).

2.2.4 Točka »G« in fiziologija spolnega odziva pri ženskah

Točka G je poimenovana po Ernstu Gräfenbergu, nemškem zdravniku, ki jo je v nekem članku opisal kot »erogeno cono na sprednji steni vagine«. Gräfenberg pa ni bil prvi, ki je opisal to občutljivo območje. V 17. stoletju jo je Ragnier de Graff

poimenoval ženska prostata ali corpus glandulosum. Točka G je občutljivo območje, ki se čuti skozi sprednjo steno nožnice – približno na polovici poti med sramnico in materničnim vratom vzdolž poteka sečnice. Točko G je najlažje začutiti, ko ženska leži na hrbtu. Če v nožnico vstavite en prst ali dva prsta, z dlanjo navzgor s pomočjo gibanja prstov »pridi sem« začne tkivo, ki obdaja sečnico, nabrekati. Ko se območja prvič dotakne, se lahko ženska počuti, kot da bi morala urinirati, če se dotik nadaljuje nekaj sekund dlje, pa se lahko spremeni v prijeten občutek (Greenberg et al., 2017).

Fiziološko gledano, se orgazem s stimulacijo točke G razlikuje od orgazma, ki ga povzroči stimulacija klitorisa. Med orgazmom s stimulacijo klitorisa konec vagine nabrekne. Med orgazmom zaradi stimulacije točke G pa se maternični vrat potisne navzdol v nožnico. Številne ženske doživijo »mešani orgazem«, ki je kombinacija istočasne stimulacije točke G in klitorisa. Hkrati je tudi pomembno poudariti, da vsem ženskam ni vseh občutek ob stimulaciji točke G. Nekatere ženske ob orgazmu s stimulacijo točke G iz sečnice izločijo tudi majhno količino tekočine (približno 3–5 cm³). Ta ima videz razvodenelega mleka, kemično pa je podobna semenski tekočini (Jannini et al., 2010).

Fiziologija zajema vse funkcije in spremembe sistemov – živčnega, mišičnega, žilnega, presnovnega, endokrinega in imunskega, ki so bistvenega pomena za popoln spolni odziv (Graziottin, Giraldi, 2006). Med spolnim vzburjenjem se klitoris in male sramne ustnice napolnijo s krvjo, dolžina in premer vagine in klitorisa pa se povečata. Masters in Johnsonova (1966) sta ugotovila, da se med spolnim vzburjenjem premer malih sramnih ustnic poveča za od dva- do trikrat.

Zelo pomembno vlogo pri spolnem vzburjenju predstavljajo tudi hormoni. Estrogen je hormon, ki poveča pretok krvi v spolnih organih in jih s tem naredi občutljivejše na dražljaje. V raziskavah je bilo ugotovljeno, da imajo pomemben vpliv na regulacijo delovanja klitorisa in vagine tudi androgeni. Lahko vplivajo na fiziologijo nožničnega tkiva in gladkih mišic vagine (Traish et al., 2002).

V petdesetih letih prejšnjega tisočletja je Kinsey s sodelavci (1953) raziskoval spolno življenje žensk v ZDA. Pozneje sta Masters in Johnsonova (1966) začela raziskovalna prizadevanja, ki so razširila znanstveno znanje o spolnem odzivu. Opisala sta štiri fiziološke faze spolnega odziva: fazo vzburjenja, plato fazo, fazo orgazma in fazo umiritve oz. resolucije. Pozneje je Kaplanova (1979) predlagala trifazni model, ki ga sestavljajo: želja, vzburjenost in orgazem. Pred kratkim je bil predlagan krožni model spolnega odziva žensk, ki vključuje čustveno intimnost,

spolne dražljaje in zadovoljstvo v odnosih (Basson et al., 2004). Ženski spolni odziv je kljub temu zapleten in verjetno ne obstaja noben model ali cikel, ki bi veljal za vse ženske.

2.2.5 Fiziologija ženskega orgazma

Orgazem je psihofiziološki odziv, ki je povezan z intenzivnim občutkom in užitkom (Garcia et al., 2014). Orgazem je na splošno sestavljen iz vrste psihofizioloških odzivov, ki vključujejo intenzivne in hitre ritmične kontrakcije medeničnih mišic, spremembe srčnega utripa, krvnega tlaka in povečanje hitrosti dihanja. Je kompleksna mešanica subjektivnih duševnih in telesnih sprememb (Levin, 2011). Na orgazem gledamo kot na enega izmed veliko ciljev spolnosti ter vir užitka in izpolnitve v spolnem odnosu. Zato ni presenetljivo, da je orgazem ključni pokazatelj spolnega zadovoljstva in kakovosti odnosa kot celote. To je učinkovit pokazatelj spolnega užitka in zdrave spolnosti. Poleg tega so orgazmi pomembni napovedniki srečnih odnosov in s tem povezanega spolnega zadovoljstva (WAS – World Association for Sexual Health, 2014).

Sposobnost doživljanja orgazma se zelo razlikuje od ženske do ženske. Nekatere še nikoli niso doživele orgazma, medtem ko so druge ženske multiorgazmične ali lahko dosežejo orgazem že med negenitalno stimulacijo (stimulacija dojk, domišljija itn.) (IsHak et al., 2010). Večina raziskav v povezavi z orgazmom se je osredinila predvsem na preverjanje njegove prisotnosti ali odsotnosti, težav in na to, kako pomemben je za spolno aktivnost (Arcos - Romero et al., 2018).

Ugotovljeno je bilo, da ženske razlikujejo med »klitorisnim« orgazmom, ki je pogosto dosežen z masturbacijo, in »vaginalnim«, ki je najpogosteje dosežen s spolnim odnosom z moškim. Ženske opisujejo vaginalni orgazem kot superiornega klitorisnemu (Lavie - Ajayi, Joffe, 2009). V nekaterih raziskavah je opisan tudi analni orgazem. V raziskavi, ki so jo izvedli Maynard et al. (2009), so ugotovili, da je vzrok za analne spolne odnose predvsem iskanje novih užitkov, ki zajema fizično in tudi čustveno vznemirjenje. Kar zadeva fizične občutke, ki jih povzroča analni spolni odnos, so jih udeleženci raziskave pogosto primerjali z vaginalnim ali oralnim spolnim odnosom.

Orgazmi so najpogosteje posledica genitalne stimulacije, vendar obstaja veliko poročil, da lahko tudi druge vrste senzorične stimulacije (negenitalne) povzročijo orgazem. Vrste senzoričnih stimulacij so lahko: orgazem dosežen s stimulacijo ust, rok in ramen, dojk in prsnih (Komisaruk, Whipple, 2011).

Ženske, ki so imele težave v doseganju orgazma, so poročale o tesnobi, jezi, frustraciji in o žalosti. Obdajal jih je občutek, da nekaj zamujajo in da so neuspešne ti,; njihovo spolno zadovoljstvo in želja sta bila zmanjšana (Lavie - Ajayi, Joffe, 2009).

2.3 ANATOMIJA ZUNANJIH MOŠKIH SPOLOVIL

Moška spolovila sestavljajo: modo, glavna spolna žleza (gonada) – proizvaja semenčice in spolne hormone, obsečnica, semenjak in bulbouretralna žleza – pomožne spolne žleze, ki proizvajajo medij, v katerem plavajo semenčice, nadmodek, semenovod in sečnica – spolna izvodila, ki odvajajo semenčice, in spolni ud, ki služi spolnemu občevanju. Pri temu poglavju bomo obravnavali zunanje moško spolovilo: modo in spolni ud.

2.3.1 Modo – *testis*

Modo je parna endokrina in eksokrina žleza, ki leži v modniku. Je jajčaste oblike in pri odraslem meri v dolžino približno 5 cm. Ima medialno in lateralno ploskev, zgornji in spodnji pol, sprednji in zadnji rob. Na zgornjem polu, ki je nagnjen naprej, je naraščen nadmodek – *epididymis*. Na zadnjem robu je lina – *hilus testis*, kjer vstopajo žile in živci ter izstopajo odvodne cevke moda.

Modo obdaja debela vezivna ovojnica – *tunica albuginea*, ki sega v notranjost v obliki številnih pretinov – *septula testis*. Ti delijo modo na režnje – *lobuli testis*, v katerih so za las debele, dolge in močno zvijugane semenske cevke – *tubuli seminiferi*. Ob lini semenske cevke med seboj anastomozirajo in delajo mrežje – *rete testis*. Semenske cevke so tubularne žleze, ki proizvajajo semenčice. Med cevkami je vezivno tkivo, v katerem ležijo skupine celic – leydigove celice, ki izločajo moški spolni hormon – *testosteron*.

Sperma (seme) vsebuje semenčice, izločke pomožnih spolnih žlez ter izločke in odlučene epiteljske celice semenskih izvodil. Je alkalna tekočina, bogata s fruktozo. V ejakulatu je od 3 do 4 ml sperme, ki vsebuje od 300 do 400 milijonov semenčic. Spermatogeneza se vrši v zvitih semenskih cevkah. Stimulira jo hormon sprednjega režnja hipofize (FSH) in poteka pri temperaturi okoli 35 °C. Zvite semenske cevke (*tubuli seminiferi*) gradijo epitelij zarodnih celic v različnih fazah razvoja na bazalni membrani in sertolijeve celice, ki imajo oporno in nutritivno funkcijo ter izločajo večino semenske tekočine. Ko se zarodne celice diferencirajo in dozoriyo, se pomikajo proti svetlini cevke.

Spermatogenezo delimo na štiri faze. Faza razmnoževanja: v njej se spermatogoniji, okrogle matične celice z velikim jedrom, razmnožujejo z mitozo; faza rasti: spermatogoniji vstopajo v prvo meotično delitev, prostornina celice se podvoji, tako da nastane spermatocit prvega reda; faza dozorevanja: po drugi fazi meioze ali zoritvene delitve se oblikujejo spermatide; spermioogeneza: je preobrazba spermatid v zrele semenčice (spermije). Spermatide se ne delijo več. Med spermioogenezo iz celičnega jedra nastane glava, iz proksimalnega centriola bazalna plošča v vratu, iz distalnega centriola pa izrastejo periferni tubuli, ki tvorijo rep. Odvečna citoplazma se odščipne in tvori rezidualna telesca. Golgijev aparat se razvije v akrosom; spermij obdaja plazmalema. Tako sestoji semenčica iz glave in repa, na katerem ločimo vrat, srednji del, glavni del in končni del (Dahmane, 2021).

2.3.2 Modnik – *scrotum*

Modo in nadmodek ležita v modniku – *scrotum*. Modnik je zgrajen iz kože, ki je močno pigmentirana. Pod kožo je povrhnja ovojnica (superficialna fascija), ki je nadaljevanje fascije trebušne stene. Povrhnja ovojnica vsebuje gladko mišico – *tunica dartos* – in tvori srednji pretin, ki razdeli modnik v dva prostora, za levo in desno modo. Pod povrhnjo fascijo je še več drugih ovojnic, ki so nadaljevanje širokih trebušnih mišic. Deloma ovije modo še potrebušnica – *tunica vaginalis testis*. *Tunica vaginalis* je serozna vrečka, ki obdaja medialno in lateralno steno moda in nadmodka. Podobno kot potrebušnica, iz katere izvira, ima dva lista: notranjega drobovnega in zunanjega stenskega; med listoma je ozka špranja, ki jo izpolnjuje serozna tekočina frenulum (Kobe et al., 2003; Dahmane, 2021).

2.3.3 Spust moda – *descensus testis*

Modo se pri plodu razvije pod ledvico v retroperitonealnem prostoru. V tej legi dobi svoje žile in živce. Pred rojstvom začne modo potovati navzdol iz trebušne votline skozi dimeljski kanal in se spušča v modnik. Spust moda imenujemo *descensus testis*. Pri spustu vleče s seboj žile, živce in potrebušnico, tako da je modo po rojstvu odeto s peritonejem. Ob rojstvu je modo že v modniku in je dimeljski kanal še odprt. Po rojstvu pa se dimeljski kanal zaraste (obliterira). Na tem potovanju se lahko modo ustavi v trebušni votlini ali dimeljskem kanalu, kar se imenuje zastoj moda – *retentio testis*. Tako modo je nefunkcionalno in lahko maligno alterira (Kobe et al., 2003; Dahmane, 2021).

2.3.4 Moški spolni ud – *penis*

Moški spolni ud gradijo brecili spolnega uda – *corpora cavernosa* – in brecilo

sečnice – *corpus spongiosum*. Brecili spolnega uda sta podolgovati, ležita vzporedno in sta zraščeni po sredini, med njima pa je pretin – *septum penis*. Ob simfizi se brecili spolnega uda razideta v kraka spolnega uda – *crura penis*, ki sta priraščena na spodnjih vejah sramnice. V žlebu med brecili spolnega uda je spodaj vloženo brecilo sečnice. To se začne na bazi penisa kot zadebelitev – *bulbus penis* – in se konča kot glavica – *glans penis*. Glans ima obliko kapice, ki ima prosti rob – *corona glandis*, ki prekriva žleb na vratu glavice – *collum glandis*.

Brecilno tkivo je gobasto, vezivno tkivo in gladko mišičje v njem obdaja široke raztegljive krvne prostore – *cavernae*. Vsako brecilo obdaja debela vezivna ovojnica – *tunica albuginea*. Vsa tri brecila ovija skupna ovojnica – *fascia penis*, kjer potekata dorzalna arterija in vena penisa – *a. et v. dorsalis penis* v žlebu med brecili spolnega uda. Spolni ud pokriva tanka koža, ki v podkožju nima maščevja. Ob glavici dela koža duplikaturo prepucij – *preputium*. Kožna guba je priraščena okrog prostega roba glavice, na spodnji strani pa jo v sredini veže z glavico tanka duplikatura – *frenulum preputii*.

2.3.5 Žile in živci moškega spolovila

Modo prehranjuje *a. testicularis*, ki je parna veja aorte abdominalis. *VV. testiculares* spremljajo istoimenske arterije. Desna vena se izliva v spodnjo veno kavo, leva v *v. renalis*, ob izstopu iz moda pa se vene prepletajo v *plexus pampiniformis*. Penis preskrbuje *a. pudenda interna*, ki je veja notranje iliakalne arterije. Vegetativni živci oživčujejo erektilno tkivo spolnega uda. Spolni ud in modnik imata bogato senzibilno kožno inervacijo.

2.4 FIZIOLOGIJA MOŠKIH SPOLOVIL

2.4.1 Spolno poželenje (libido)

Spolno poželenje (SP) predstavlja željo po spolni aktivnosti. Zmanjšano SP se kaže kot zmanjšana potreba po spolni aktivnosti ali zmanjšana frekvenca ter intenziteta spolnih misli in fantazij – spontano ali kot odgovor na erotične stimulacije. SP se med posamezniki razlikuje, z leti pa postopoma upada. Čeprav so občasna nihanja SP fiziološko prisotna, pa lahko zmanjšano SP negativno vpliva na partnerski odnos, še posebej, če to ni prisotno vzajemno (Corona et al., 2013; Shigehara et al., 2021). Na SP vpliva veliko dejavnikov, ki jih lahko razdelimo na biološke, psihološke, spolne, partnerske in na kulturne. Med biološke uvrščamo predvsem vlogo hormonov. Znano je, da androgeni, kamor uvrščamo testosteron, pomembno vplivajo na SP. Ni pa to edini hormon, ki vpliva nanj, saj so raziskave pokazale tudi pomembno vlogo prolaktina, oksitocina in drugih nevroendokrinih hormonov na SP. Vloga hipotalamičnih nevrohormonov, kot so npr. prolaktin, oksitocin in alfa-melanocit stimulirajoči hormon, je za zdaj še predmet veliko raziskav. Dokazano je, da hormonsko zdravljenje lahko izboljša SP pri moških s hipogonadizmom in hiperprolaktinemijo (Rastrelli et al., 2015; Soldati et al., 2020). Staranje in prisotnost organskih bolezni imata dokazan negativni vpliv na spolni odgovor. Med stanja, ki pripeljejo do zmanjšane SP, uvrščamo: pomanjkanje androgenov, zdravljenje z antidepressivi, anksiozne motnje, motnje hranjenja, rakava obolenja, koronarno bolezen in srčno popuščanje, depresijo, sladkorno bolezen (DM), debelost in presnovni sindrom, zvišano raven dopamina, epilepsijo, hiperprolaktinemijo, neplodnost, postravmatsko stresno motnjo, vnetje obsečnice, ledvično okvaro, prisotnost drugih spolnih motenj in možgansko kap (Brotto et al., 2016; Wibowo & Wassersug, 2013). Med psihološkimi dejavniki lahko specifična razpoloženja spodbudijo ali zavrejo SP (Soldati et al., 2020). Prisotnost depresije ali anksioznih motenj običajno zavrejo SP, a vse raziskave tega neodvisno niso potrdile. Pozitivne in negativne izkušnje imajo neposreden vpliv na SP in vedenje. Glede spolnega odziva se raven SP poveča med vsako spolno izkušnjo, ki vodi do orgazma ter vpliva na kakovost in zadovoljstvo z orgazmično fazo (Dewitte & Mayer, 2018). Prisotnost spolnih motenj v drugih fazah spolnega odziva ima negativen vpliv na SP in spolno funkcijo. Prezgodnja ejakulacija (PE) in erektilna disfunkcija (ED) sta opisani kot najpogostejši spolni motnji pri moških, ki imata za posledico nizko SP. Nasprotno pa lahko neokrnjena spolna funkcija in zadovoljstvo v zvezi izboljšata SP (Corona et al., 2013).

V dlje časa trajajočih heteroseksualnih zvezah se pri moških zmanjšuje potreba po nežnosti in bližini s partnerjem, kar pa ne velja za SP (Martin et al., 2014). V raziskavi, ki je vključevala pare, ki so v dolgotrajnih partnerskih zvezah, so poročali, da so dejavniki, kot so: »zaželenost«, »razburljivo in nepričakovano spolno doživetje« ter »intimna komunikacija«, dejavniki, ki so obudili SP. Nasprotno pa so dejavniki, kot so: »zavrnitev«, »fizične tegobe«, »prisotnost bolezni ali poškodbe« ter »pomanjkanje čustvene navezanosti s partnerjem«, zavrlji SP (Murray et al., 2017). Pozitivni občutki, kot so: zaupanje, intimnost, dobra komunikacija, sprememba rutine in nove pozitivne izkušnje, vplivajo na povečanje SP. Stres, partnerski konflikti in prisotnost otrok pa naj bi SP okrnili (Ferreira et al., 2014; Oliveira et al., 2014). SP je kompleksen konstrukt, pri katerem gre za preplet fizioloških, psiholoških, partnerskih, spolnih in kulturnih faktorjev (Brotto et al., 2016; Dewitte & Mayer, 2018). Zmanjšano SP je pogosto težko zdraviti, predvsem zaradi zelo raznolikih vzročnih dejavnikov, zato sta poznavanje dejavnikov tveganja in njihovo identificiranje v kliničnem okolju nujno potrebna, saj bo le tako zdravljenje uspešno (Shigehara et al., 2021).

2.4.2 Erekcija

Erekcija predstavlja povečanje in otrdelost penisa. Pojavi se kot kompleksen odziv nevroloških, endokrinoloških in žilnih dejavnikov, pri katerem je glavni mediator dušikov oksid (NO). NO povzroči sproščanje gladkih mišic v kavernoznih telesih penisa in gladkihmišičnih celic v arterijah, ki napajajo kavernozna telesa. Pri tem se vene stisnejo ob trdo fibrozno ovojnico penisa, kar omogoča vzdrževanje erekcije (Pavšič et al., 2014; Rastrelli, et al., 2019). Pojem erekcijske disfunkcije (ED) označuje nezmožnost dosega ali vzdrževanja zadostne otrdelosti penisa za izvajanje spolne aktivnosti. Ob primerni erekciji moški doseže in vzdržuje zadostno stopnjo otrdelosti penisa za začetek in dokončanje spolnega odnosa. ED je najpogosteje povezana z žilnimi, nevrološkimi, s psihološkimi in z endokrinimi motnjami.

2.4.3 Orgazem in ejakulacija

Čeprav v splošnem velja prepričanje, da sta moški orgazem in ejakulacija dogodka, ki nastopita hkrati, pa gre v tem primeru za dva različna in kompleksna fiziološka dogodka, v katera so vključeni številni psihološki, endokrini in nevrološki procesi. Orgazem je prijeten občutek, ki se pojavi v možganih sočasno z ejakulacijo. Odsotnost orgazma (anorgazmija) je lahko

fizični fenomen, ki se pojavi zaradi zmanjšane penilnega občutka (npr. nevropatije), ali nevropsihološki fenomen zaradi psihiatričnega obolenja, psiholoških motenj ali vpliva psihoaktivnih zdravil. Ejakulacija je vrhunec moškega spolnega cikla. Beseda ejakulacija izhaja iz latinske besede »ejaculari« in pomeni »udaritis silo«, kar lahko opišemo kot pospešen prehod semenske tekočine iz penisa. Ejakulacija je prisotna pri plazilcih in sesalcih; je nujno potrebna za uspešno reprodukcijo. Ejakulacijski odziv sestoji iz sinhroniziranega zaporedja fizioloških dogodkov dveh različnih faz emisije (tvorbe) in ekspulzije (izgona) semenske tekočine. Sinergijska aktivacija avtonomnega in somatskega živčnega sistema je potrebna, da pride do ejakulacije. Z raziskavami je bilo dokazano, da parasimpatični tonus nadzoruje izločanje epitelijske sekrecije, medtem ko simpatični tonus nadzoruje kontrakcijo gladkih mišic celotnega seminalnega trakta. Klinične raziskave so potrdile vlogo simpatičnih živčnih poti urogenitalne regije pri moških. Predvsem pri odsotnosti ejakulacije (anejakulacija) in retrogradni ejakulaciji je bila ugotovljena mogoča povezava med okvarjenimi eferentnimi simpatičnimi živčnimi vlakni pri moških po retroperitonealni limfadenektomiji karcinoma mod ali operativnih resekcijah pri karcinomih danke (Clement & Giuliano, 2015). Med motnje ejakulacije poleg prezgodnje ejakulacije (PE), ki je najpogostejša spolna motnja pri moških, uvrščamo še odsotnost ejakulacije (anejakulacija, OE) in retrogradno ejakulacijo (RE) (Kasman et al., 2020). PE je definirana kot ejakulacija, ki se zgodi prej, kot je želeno, pogosto pred nastopom penetracije moškega; povzroči spolno nezadovoljstvo in čustveno prizadetost moškega in njegovega partnerja. Ocenjena prevalenca PE v splošni populaciji znaša 30 %. Pogosto se pojavi v sklopu ED, pretirane psihološke vznemirjenosti, spolne neizkušenosti, anksioznosti in drugih nevroloških dejavnikov. Cilj zdravljenja je usmerjen v zmanjšanje penilne občutljivosti in boljše vedenjske kontrole.

Zadnje dosežemo z uporabo topičnih anestetikov, s spolno terapijo, z vedenjsko kognitivno terapijo in s psihoterapijo. Med medikamentoznim zdravljenjem se uporablja določena zdravila, za katera je dokazano, da odložijo ali preprečijo ejakulacijo zaradi zavrtja receptorjev na teh mestih (Coskuner & Ozkan, 2022; Saleh et al., 2021; Shindel et al., 2022). OE je motnja, ko do ejakulacije kljub zadostnemu erotičnemu stimuliranju ne pride. Motnja se občasno pojavi pri vseh moških, težava pa je, če je kronično prisotna ter ob tem negativno vpliva na spolno življenje moškega in njegovega partnerja. Motnja je lahko vseživljenjsko prisotna ali pa je pridobljena ter je povezana s specifičnimi dogodki. Vzroki za OE so lahko fizične narave, kamor uvrščamo prirojene deformacije, endokrine

motnje, okužbe, poškodbe medeničnih živcev ali po operativnih posegih na prostati. Med psihološke dejavnike uvrščamo: depresijo, strah pred neuspehom, okrnjeno samozavest in samopodobo ter dejavnike, ki so povezani s spolnostjo in partnerskim življenjem. Motnja se lahko pojavi tudi kot stranski učinek zdravljenja za zdravljenje depresije, epilepsije ali psihoze. Zdravimo jo s pomočjo psihoterapije, ki pogosto vključuje prisotnost obeh partnerjev (Abdel - Hamid & Ali, 2018; Otani, 2019).

RE se pojavi, kadar se ejakulat delno ali v celoti izlije v sečni mehur ter se ne izloči skozi penis med spolnim odnosom, ampak šele ob naslednjem uriniranju skupaj z urinom, ki je motne barve. Pojavi se zaradi oslabiljene mišice zapiralke, ki leži med sečnim mehurjem in obsečnico ter preprečuje, da bi prišlo do hkratnega ejakuliranja in uriniranja. Zadnje se lahko pojavi zaradi okvare živčevja po operativnih posegih na mehurju in prostati, po poškodbi hrbtenjače in uporabi zdravljenja za zdravljenje arterijske hipertenzije in bolezni prostate. Zdravljenje ni potrebno, če motnja ne povzroča težav s plodnostjo (Koren & Koren, 2020). Anejakulacija je motnja, pri kateri gre za popolno odsotnost ejakulacije med spolnim odnosom. Lahko se kaže kot primarna motnja, pri čemer je motnja prisotna že vse življenje, ali kot sekundarna motnja, ki se pojavi kot posledica različnih bolezenskih stanj, kot je multipla skleroza. V raziskavah se omenja tudi situacijsko anejakulacijo, ki je povezana s povečano psihološko obremenitvijo partnerja in z določenim dogodkom. Motnjo v nadaljevanju lahko razdelimo na neorgazmično končno anejakulacijo, pri kateri moški ne doseže orgazma, in orgazmično končno anejakulacijo, pri kateri je orgazem mogoč, ejakulacija pa je odsotna. Tudi ta motnja je lahko posledica določenih zdravljenj in operativnih posegov, najpogosteje pa je motnja psihološke narave. Pri moških, pri katerih je anejakulacija posledica poškodbe hrbtenjače, se izvaja penilno stimulirajočo vibracijo s pomočjo naprave, ki prek vibracij omogoča doseganje erekcije in ejakulacije (Mostafa & Abdel - Hamid, 2021; Otani, 2019).

3 SPOLNOST IN JAVNO ZDRAVJE

Spolnost, razumljena kot nagon in inherentna potreba ljudi, je nedvomno del poklica in skrbi psihiatrov že od začetka stoletja. Psihoanalitiki so teoretizirali o pomenu spolne represije kot izvora številnih duševnih bolezni. Zdelo se je, da je spolni nagon, prvotno imenovan libido, jedro življenja, njegovo zatiranje oziroma njegove pomanjkljivosti pa pot do duševnega trpljenja. Koncept je očitno treba razširiti na erotiko v širšem smislu, ne nujno kot zadovoljstvo fizičnega užitka in intimnosti. Z leti in rastjo znanstvenih raziskav je postalo bistveno, da se vlaga več zanimanja in raziskovalnih sredstev, ki bi prispevali k teoretskim maksimam in bi posledično lahko empirično razložili skrivnosti pomembnosti spolnega nagona (Montejo, 2019).

3.1 DEFINICIJA SPOLNEGA ZDRAVJA IN ZNAČILNOSTI SPOLNO ZDRAVIH LJUDI

Spolno zdravje je pomemben in razvijajoč se vidik zdravja skozi življenjsko dobo (Office of the Surgeon General, 2001). Na posameznikovo spolno zdravje ne vplivajo le determinante na individualni ravni, ampak tudi na bolj proksimalnih družbenih ravneh, vključno z odnosi, s socialnim okoljem skupnosti, in širši družbeni kontekst.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je za pomoč vodjem programov, oblikovalcem politik in drugim, ki delajo na področju spolnega in reproduktivnega zdravja, leta 2002 razvila delovno definicijo spolnega zdravja (World health organization, 2006), ki navaja, da je »spolno zdravje integracija telesnih, emocionalnih, intelektualnih in socialnih vidikov spolnega bitja, in sicer na načine, ki bogatijo in poudarjajo osebnost, komunikacijo in ljubezen« (Nelson, 2001; Woods, 1984). Atkinson (Atkinson, 1998) dodaja omenjenim komponentam še duhovno. Pred kratkim sta Center za nalezljive bolezni ter Svetovni odbor za HIV, virusni hepatitis in preprečevanje ter zdravljenje spolno prenosljivih bolezni Urada za zdravstvene vire in storitve v ZDA predlagala definicijo spolnega zdravja, ki daje poudarek spolnemu zdravju posameznika in tudi skupnosti.

Spolno zdravje je stanje dobrega počutja v povezavi s spolnostjo skozi celotno življenjsko dobo posameznika, ki vključuje fizično, čustveno, duševno, socialno in duhovno razsežnost. Je bistveni element človekovega zdravja, ki temelji na pozitivnem, pravičnem in na spoštljivem pristopu do spolnosti, odnosov in razmnoževanja, brez prisile, strahu, diskriminacije, stigme, sramu in nasilja.

Vključuje: sposobnost razumevanja koristi, tveganj in odgovornosti spolnega vedenja; preprečevanje in oskrbo bolezni ter drugih škodljivih posledic; možnost za izpolnjevanje spolnih odnosov. Na spolno zdravje vplivata socialno-ekonomski in kulturni kontekst – vključno s politikami, praksami in s storitvami, ki podpirajo zdrave učinke za posameznika, družino in za njihovo skupnost (Department of Health and Human Services, 2012).

Definicija SZO opredeljuje, da je »spolno zdravje integracija telesnih, emocionalnih, intelektualnih in socialnih vidikov spolnega bitja, in sicer na načine, ki bogatijo in poudarjajo osebnost, komunikacijo in ljubezen« (Nelson, 2001; Woods, 1984). Atkinson (Atkinson, 1998) dodaja omenjenim komponentam še duhovno.



Slika 1: Dimenzije zdravja – holistični pogled (Ilmann, 2001)

Spolno zdravje je pomemben in razvijajoč se vidik zdravja skozi življenjsko dobo, nanj pa torej ne vplivajo le determinante na individualni ravni, ampak tudi na bolj proksimalnih družbenih ravneh, vključno z odnosi, s socialnim okoljem skupnosti in širšim družbenim kontekstom.

Atkinson (Atkinson, 1998) navaja naslednje značilnosti spolno zdravih ljudi:

1. Izražajo pozitivno mnenje o sebi oziroma svoji telesni podobi.
2. Imajo kognitivno znanje o človeški spolnosti.
3. Pri njih je opaziti skladnost med biološkim spolom, spolno identiteto in vedenjem v povezavi s spolno vlogo.
4. Njihovo vedenje je skladno s podobo, ki jo imajo o sebi.

5. Zavedajo se lastnih spolnih čustev in lastnosti.
6. So telesno in psihosocialno dovzetni za sebe in druge.
7. Zadovoljni so s svojim spolnim vedenjem in z življenjskimi slogi.
8. Sprejemajo odgovornost za užitek in reprodukcijo.
9. Sposobni so ustvariti uspešne medosebne odnose z obema spoloma.
10. Razvijajo sistem uporabnih vrednot.

3.2 VPLIV SPOLNOSTI NA PREBIVALSTVO: BREME IN OCENA ZAHODNIH DRŽAV

Javnozdravstveni izzivi, povezani s spolnim vedenjem, vključno s HIV-om/z aidsom, drugimi spolno prenosljivimi boleznimi, virusnim hepatitisom ter z nenačrtovano nosečnostjo in s spolnim nasiljem, so med najpomembnejšimi aktualnimi globalnimi zdravstvenimi problemi in vplivajo na tri izmed osmih razvojnih ciljev novega tisočletja. Ti so med drugim: zmanjšanje smrtnosti otrok, izboljšanje zdravja mater in boj proti HIV-u, malariji ter drugim boleznim (United Nations Development Programme, n. d.). Čeprav so ti izzivi običajno večji v državah z nizkimi in s srednjimi dohodki, vplivajo tudi na ekonomsko dobro situirane države Zahoda (Singh et al., 2004).

Iz Združenega kraljestva poročajo, da je vsako leto diagnosticiranih skoraj 400.000 spolno prenosljivih bolezni, kar predstavlja 30-odstotni porast od leta 2000 (Health protection agency, 2010). V Evropski uniji je vsako leto zaznanih več kot 27.000 novih okužb z virusom HIV (European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 2010) in ocenjuje se, da je 44 % vseh nosečnosti v Evropi nenačrtovanih (Singh et al., 2010). V Avstraliji ocenjujejo, da 170.000 ljudi živi z okužbo hepatitisa B (The Kirby Institute, 2011), 34 % žensk je poročalo, da so vsaj enkrat v življenju doživele spolno nasilje, od tega je 4 % žensk doživelo vsaj en incident v zadnjih 12 mesecih (Mouzos & Makkai, 2004).

V ZDA so podatki prav tako skrb vzbujajoči: vsako leto zaznajo okoli 19 milijonov okužb s spolno prenosljivimi boleznimi in skoraj 50.000 novih okužb s HIV-om (Centers for Disease Control and Prevention, 2011b; Prejean et al., 2011). S HIV-om/z aidsom živi 1,2 milijona ljudi, od 800.000 do 1,4 milijona ljudi živi s kroničnim vnetjem hepatitisa B (Centers for Disease Control and Prevention, 2011a; Weinbaum et al., 2009), pri več kot 1,8 milijona žensk je nosečnost nenačrtovana (Sonfield et al., 2011) in 1,3 milijona žensk je bilo posiljenih (Black et al., 2011). Delež rojstev v najstniških letih je v ZDA opazno večji kot v drugih

zahodnih državah (United Nations Statistics Division, 2011). Po vsem svetu večjo skrb za spolno zdravje (predvsem v srednjih letih in pri starejših odraslih) predstavljajo: različne vrste raka reproduktivnega traku, druge vrste raka, povezane s spolno prenosljivimi boleznimi, kot sta na primer HPV in hepatitis B, ter težave s spolnim delovanjem (erektilna disfunkcija, boleč spolni odnos, nizek libido) (Centers for Disease Control and Prevention, 2010; Leiblum et al., 2006; Lindau et al., 2007; Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 2011; Selvin et al., 2007; World Association for Sexual Health, 2008).

Rezultati spolnega in reproduktivnega zdravja kažejo nekatere izstopajoče zdravstvene neenakosti. Nekatere skupnosti se zaradi socialnih, ekonomskih in okoljskih razmer še vedno spoprijemajo z velikimi izzivi pri varovanju spolnega zdravja, zaradi katerih so izpostavljene povečanemu tveganju za številne škodljive zdravstvene posledice. Poleg žensk, ki so bolj prizadete zaradi nezaželene nosečnosti in spolnega nasilja kot moški, med skupine prebivalstva z različno visokimi stopnjami negativnih posledic štejemo najstnike, rasne in etnične manjšine, lezbijke, geje, biseksualce in transspolne osebe ter invalide (Centers for Disease Control and Prevention, 2011b; Forhan et al., 2009; Kann et al., 2011; Kurki et al., 2007; Milne, 2011; Prejean et al., 2011). Številne skupine prebivalstva se spoprijemajo z dvema ali več zdravstvenimi težavami, ki medsebojno sinergično vplivajo, kar prispeva k dodatnemu bremenu bolezni (Singer in Clair, 2003).

Veliko breme teh negativnih posledic slabega spolnega zdravja se odraža v znatnem učinku na državno ekonomijo. V ZDA, na primer, letni stroški spolno prenosljivih bolezni – med njimi HIV in spolno prenosljiv virusni hepatitis – znašajo okoli 16,9 milijarde dolarjev (Chesson et al., 2011), medtem ko so stroški poroda v najstniških letih ocenjeni na 10,9 milijarde dolarjev (The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 2011). Z visokimi stroški se spoprijemajo tudi v drugih zahodnih državah: za na novo odkrite HIV-okužbe v letu 2009 bodo stroški dosmrtnega zdravljenja v Kanadi znašali okoli 768,1 milijona dolarjev (Kingston - Riechers, 2011), v Angliji pa nezaželene nosečnosti javnozdravstveno službo na letni ravni stanejo 306 milijonov dolarjev (Montouchet in Trussell, 2013).

3.3 PROMOCIJA ZDRAVJA KOT JAVNOZDRAVSTVENA STORITEV

Javno zdravstvo se osredinja na to, »kaj lahko kot družba naredimo za zagotovitev pogojev, da bodo ljudje lahko zdravi«. To si želi doseči s prizadevanjem, da bi skupnosti uporabile znanstveno in tehnično znanje za preprečevanje bolezni ter promocijo zdravja. Javnozdravstvene agencije imajo odgovornost, da naslovijo te

naloge z rednim ocenjevanjem, razvojem novih politik in z zagotavljanjem nujno potrebnih storitev. Priporočljivo je, da nacionalno vodstvo podpira razvoj in diseminacijo znanja, določi nacionalne zdravstvene cilje in prioritete ter zagotovi tehnično pomoč in financiranje na lokalni ravni (Institute of Medicine (US), 1988). Vodenje javnozdravstvenih agencij lahko dopolnjuje prispevke drugih sektorjev družbe, ki prispevajo k širšemu sistemu javnega zdravja (Institute of Medicine (US), 2002).

Vodilni v javnem zdravstvu vedno bolj prepoznavajo ključno vlogo promocije dobrega počutja in zdravih odločitev pri preprečevanju kroničnih in nalezljivih bolezni ter pri preprečevanju poškodb (National Prevention Council, 2011). Promocija zdravja je opredeljena kot načrtovana kombinacija izobraževalne, politične, regulativne in organizacijske podpore za spodbujanje zdravja posameznikov, skupin in skupnosti (Green in Kreuter, 1991). Pomembna je skozi vse spektre zdravja, vključno s spolnim zdravjem. Sprejetje Ottawske listine o promociji zdravja na konferenci SZO leta 1986 je sprožilo internacionalno načrtovanje in trud za implementacijo promocije zdravja ter zaznamovalo preobrat v osredinjenost na javno zdravje (World health organization, 1986). V zadnjem desetletju je povečano zanimanje za obravnavo vprašanj, povezanih s spolnostjo in spolnim vedenjem, skozi promocijo zdravja, ki priznava spolno zdravje kot pomemben vidik splošnega zdravja ter dobrega počutja posameznika, družine, skupnosti in narodov (Pan American Health Organization & World Health Organization, 2000).

Glede na visoko obremenitev prebivalstva zaradi negativnih posledic, povezanih s spolnim vedenjem in s tem povezanih stroškov, ter glede na povečano zanimanje za uporabo pristopov promocije zdravja bi morale javnozdravstvene entitete nasloviti spolno zdravje iz več pomembnih razlogov. Prvič, javnozdravstveni pristopi za izboljšanje spolnega zdravja so se tradicionalno zanašali na izobraževanje, preglede, zdravljenje, obveščanje partnerjev, cepljenje in na druge preventivne storitve. Hkrati so se običajno osredinjali na negativne posledice, kot so bolezen ali drugi neželeni dogodki v povezavi s spolnim vedenjem. Dokazi kažejo, da so imeli ti tradicionalni programi, osredinjeni na bolezen, veliko uspeha (Kirby et al., 2007), vendar so pogosto delovali kategorično z omejenim sodelovanjem in niso nudili optimalnih rezultatov. Ti tradicionalni ukrepi imajo lahko koristi s povezavo do osredinjenih pristopov, da vesplošno in učinkovito naslovijo različne težave, povezave s spolnim vedenjem in za vzpostavitev širše mreže medsektorskih partnerjev (nadzorovanje, usposabljanje, komunikacija, vodenje programov) (Pan American Health Organization & World Health

Organization, 2000; World Health Organization, 2010). Drugič, vse države se spoprijemajo z naraščajočimi izzivi zmanjšanja stroškov, da bi zmanjšali stroške zdravljenja, za kar potrebujejo stroškovno učinkovitejše pristope za zdravstveno varstvo in javno zdravje. Omejeni proračuni še stopnjujejo pomen iskanja učinkovitega načina zdravljenja in praks javnega zdravja. Poleg zdravstvenih koristi vlaganje v storitve spolnega in reproduktivnega zdravja dokazano prinaša ekonomske in socialne koristi za posameznika, družino in za družbo (Singh et al., 2004). Večje osredinjanje na spolno zdravje lahko pomaga posamezniku, da sprejema odločitve za zdravo spolnost in pripomore k preprečevanju okužbe z virusom HIV, spolno prenosljivih bolezni, neželenih nosečnosti in spolnega nasilja, kar lahko zniža stroške zdravstvene oskrbe.

3.4 JAVNOZDRAVSTVENI ODZIV

3.4.1 Okvir za promocijo spolnega zdravja

Glede na znaten vpliv in stroške negativnih posledic, povezanih s spolnim vedenjem, se nacionalni organi lahko odzovejo z razvojem koordiniranega javnozdravstvenega pristopa za izboljšanje spolnega zdravja. Ta pristop lahko uporablja poenoten okvir spolnega zdravja, ki poudarja pomen promocije zdravja (Green in Kreuter, 1991; Office of the Surgeon General & Office of Population Affairs, 2001) za podporo in izboljšanje ključnih javnozdravstvenih dejavnosti za nadzor in preprečevanje bolezni. Tak okvir ni najbolje obravnavati kot specifičen program, ampak kot pristop za izboljšanje obstoječih, bolj osredinjenih prizadevanj, s poudarkom na petih ključnih načelih:

1. Postavitev težav v kontekst: V okviru spolnega zdravja ostajata nadzor in preprečevanje bolezni osrednja poudarka javnega zdravja. Takšna prizadevanja je mogoče okrepiti s spodbujanjem vključevanja širše perspektive, ki vključuje komplekse dejavnike (na ravni posameznika, odnosov, skupnosti in družbe), ki vplivajo na rezultate spolnega zdravja posameznika, skupnosti in države (Institute of Medicine (US), 1988).

2. Poudarek na dobrem počutju: Spolno zdravje ne pomeni samo odsotnosti bolezni, zato je za njegovo izboljšanje potreben celosten pristop, ki vključuje vidike fizične, čustvene, duševne, družbene in duhovne spolnosti (The Scottish Executive Health Department, 2005). V okviru spolnega zdravja je osrednji poudarek na izidih bolezni, dopolnjenih s celostnim pristopom k zdravju ljudi, ki je lahko zlahka vključen v nastajajoč program preventive in dobrega počutja (National Prevention

Council, 2011) ter lahko pomaga pri boju proti pogosto prisotni stigmi spolnega zdravja, ki pogosto spremlja to področje.

3. Poudarek na pozitivnih in spoštljivih odnosih: Priznavanje pomena spoštljivih odnosov lahko za spolno zdravje zagotavlja skupno podlago ukrepanja za zaščito in izboljšanje zdravja. Pozitivni in spoštljivi odnosi različnih vrst (med starši in otroki, intimnimi partnerji, vrstniki) so dokazano zaščitni dejavnik za različne zdravstvene težave (Office of the Surgeon General & Office of Population Affairs, 2001; Waite, 1995; Widman et al., 2014), kar uvršča zdrava razmerja med osnovo za človekov razvoj in vsesplošno dobro počutje.

4. Priznavanje vpliva spolnosti na zdravje: Okvir promocije spolnega zdravja priznava vpliv spolnosti na zdravje ljudi. Raziskave kažejo, da ima spolno izražanje različne koristi na psihološko, čustveno, socialno, duhovno in na fizično zdravje, vključno s pozitivnim fizičnim zdravjem in z dobrim počutjem (Lindau et al., 2007; Nusbaum & Hamilton, 2002). Razumevanje in artikulacija komponent spolnega zdravja kot dva izmed bistvenih vidikov vsesplošnega zdravja krepi vključevanje preprečevanja bolezni, reproduktivnega zdravja, preprečevanje nasilja in drugih sestavnih delov v širši okvir dobrega počutja.

5. Sindemični pristop za preventivo: Okvir promocije spolnega zdravja omogoča sindemični pristop k preventivi, ki pri razvoju javnozdravstvenega odziva upošteva povezave med različnimi z zdravjem povezanimi problemi (Singer in Clair, 2003). Ta vključujoč pristop ima zmožnost krepitve sodelovanja in komunikacije med osebjem, ki nudi raznolike storitve v različnih programih ter s tem pomaga razbiti delitve med javnozdravstvenimi programi in partnerji, ki obravnavajo spolno zdravje.

3.5 POTENCIALNE STRATEGIJE ZA IZBOLJŠANJE SPOLNEGA ZDRAVJA

Prizadevanja za obravnavo spolnega zdravja z uporabo okvira promocije spolnega zdravja bi lahko pospešila dejavnosti v številnih večsektorskih strategijah, s čimer bi spodbudila nova in kreativna prizadevanja za javno zdravje na nacionalni ravni. Takšne strategije vključujejo naslednje:

1. Zagotovitev vodenja na nacionalni ravni: Javnozdravstvene ustanove bi za spodbujanje in implementacijo pristopov za izboljšanje spolnega zdravja na nacionalni ravni, vključno z izobraževanjem, mobilizacijo in s podporo partnerjem pri implementaciji okvira promocije spolnega zdravja, lahko sodelovale z večsektorskimi partnerji na nacionalni, občinski in na lokalni ravni.

2. Krepitev strateških partnerstev: Za informiranje in podporo pri prizadevanju za spolno zdravje bi lahko razvili dinamična partnerstva. Vključitev skupin iz različnih sektorjev (npr. podjetja, zdravstvo, akademski krog) ter iz celotnega političnega, verskega in družbenega spektra je nujna za doseg dogovora pri težkih vprašanjih, ki bi lahko vodila do široke podpore in splošne učinkovitosti pri trudu za spolno zdravje.

3. Krepitev znanosti: Za optimizacijo prizadevanj za spolno zdravje na nacionalni ravni so pomembne dejavnosti na več znanstvenih področjih: izboljšanje nadzora pri spremljanju dejavnosti in rezultatov, povezanih s spolnim zdravjem (npr. znanje, komunikacija, odnos, dostop in uporaba storitev, spolno vedenje, odnosi in negativne posledice); spremljanje in vrednotenje za oceno implementacije dejavnosti na področju spolnega zdravja; raziskave za razvoj in oceno novih preventivnih pristopov, ki obravnavajo vrzeli pri uspešni uporabi okvira promocije spolnega zdravja.

4. Spodbujanje učinkovitih programskih ukrepov: Razvoj in implementacija primernih programov lahko podpirata boljši dostop do storitev za spolno in reproduktivno zdravje ter do varnih, podpornih okolij (npr. brez prisile, diskriminacije in nasilja), ki vplivajo na spolno vedenje (World Health Organization, 2004). Zainteresirani na nacionalni, regionalni in lokalni ravni lahko identificirajo in podprejo politike, ki temeljijo na dokazih in ki so povezane s spolnim zdravjem (npr. dostop do storitev in izobraževanja).

5. Krepitev infrastrukture in usposabljanj za zagotovitev ustreznih storitev za spolno zdravje: Da bi zagotovili, da so storitve pomembne za spolno zdravje (tj. klinične in druge preventivne storitve), dostopne javnosti in da je zdravstveno osebje usposobljeno za nudenje teh storitev, je mogoče, da obstoječa infrastruktura potrebuje okrepitev.

6. Promocija ozaveščenosti in znanja s komunikacijo in z izobraževanjem promovirati ozaveščenost in znanje: Komunikacijo med javnozdravstvenimi ustanovami, izobraževalci, oblikovalci politik in drugimi partnerji bi lahko okrepili za prizadevanja za obravnave spolnega zdravja. Poleg tega pa je ključnega pomena

povečati splošno ozaveščenost in znanje o spolnem zdravju med javnostjo, skupnostmi ter drugimi deležniki v širši družbi.

4 NAMEN

Namen dela je raziskati in prikazati dejavnike spolnega zadovoljstva v slovenski populaciji.

Cilji dela so:

- predstaviti anatomijo in fiziologijo ženskega in moškega spolnega organa;
- pregledati obstoječo literaturo in raziskave s področja spolnega zadovoljstva kot javnozdravstveni problem;
- predstaviti rezultate raziskave, povezane z dejavniki spolnega zadovoljstva, in dejavnike, ki na to vplivajo negativno.

4.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE

Glede na namen in cilje raziskave smo oblikovali naslednji raziskovalni vprašanji:

- Ali in če, kako spol, starost, zakonska skupnost, raven izobrazbe, spolna usmerjenost, število otrok, število vseh spolnih partnerjev v življenju, število spolnih odnosov mesečno in število doseženih ženskih orgazmov vplivajo na dejavnike spolnega zadovoljstva?
- Ali diagnosticirana spolna in duševna motnja vpliva na spolno zadovoljstvo?

Oblikovali smo tudi naslednje raziskovalne hipoteze:

- H 1: Starost, spol, zakonska skupnost, raven izobrazbe, spolna usmerjenost, število otrok, število vseh spolnih partnerjev v življenju, število spolnih odnosov mesečno in število doseženih ženskih orgazmov statistično značilno vplivajo na pojav spolnega zadovoljstva.
 - o H 1.1: Dejavniki spolnega zadovoljstva poenjajo z višanjem starosti in zmanjša se spolno zadovoljstvo.
 - o H 1.3: Dejavniki spolnega zadovoljstva poenjajo ob prisotnosti otrok v zvezi in zmanjša se spolno zadovoljstvo.
 - o H 1.4: Več kot pet spolnih partnerjev v življenju pripomore k večjemu spolnemu zadovoljstvu.
 - o H 1.5: S Dejavniki spolnega zadovoljstva poenjajo s trajanjem partnerskega (spolnega) odnosa in zmanjša se spolno zadovoljstvo.
- H 2: Spol in stopnja izobrazbe imata statistično značilen vpliv na pojav spolnega nezadovoljstva.

- H 3: Diagnosticirana spolna in duševna motnja statistično značilno zmanjša spolno zadovoljstvo.

5 METODE DELA

Za obrazložitev problematike smo delo razdelili na dva skopa, in sicer teoretičnega in empiričnega. V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela, s katero smo pregledali in analizirali domačo in tujo znanstveno in strokovno literaturo v podatkovnih bazah Cinahl, PUB MED, Medline, Nursing Medscape, Digitalna knjižnica Univerze v Ljubljani ter v vzajemnem bibliografskem katalogu slovenskih knjižnic COBISS.SI. V empiričnem delu smo s kvantitativno metodo skušali vsebino teoretičnega dela povezati z raziskovanjem. V ta namen smo uporabili spletni anketni vprašalnik v sklopu mednarodne študije »Dejavniki spolnega zadovoljstva«, pod vodstvom izr. prof. dr. Andreja Starca z Zdravstvene fakultete. Anketni vprašalnik je predstavljal naš raziskovalni instrument.

5.1 OPIS ANKETNEGA VPRAŠALNIKA

Uporabljen je bil validiran anketni vprašalnik New Sexual Satisfaction – NSSS (Štulhofer et al., 2009) (priloga A) z nekaj prilagoditvami, ki so omogočile izpolnjevanje vprašalnika za oba spola (priloga B). Jezikovna validacija vprašalnika je bila izvedena na podlagi prevoda iz angleškega v slovenki jezik in nasprotno. Anketni vprašalnik je vseboval 42 vprašanj za udeležence ženskega in moškega spola. Prvi sklop vprašalnika je zajemal demografske podatke (starost, zakonski stan, stopnja izobrazbe, spolna usmerjenost, število otrok, število vseh spolnih partnerjev v življenju, dolžina trajanja zdajšnje partnerske (spolne) zveze, diagnosticirana duševna motnja in/ali spolna motnja ter za udeleženke ženskega spola še vprašanje o številu orgazmov med enim spolnim odnosom). Sledil je drugi sklop vprašalnika, sestavljen iz 23 trditev, s katerimi smo preverjali spolno zadovoljstvo. Pri teh je bila uporabljena 5-stopenska Likertova lestvica, ki je bila razvrščena od »sploh nisem zadovoljen/-na« do »zelo zadovoljen/-na«.

5.2 OPIS RAZISKOVALNEGA VZORCA

Namenski vzorec predstavljajo posamezniki/-ce in pari, ki so v celoti izpolnili spletni anketni vprašalnik v obdobju od januarja 2021 do septembra 2021. Po predhodni pisni obrazložitvi namena raziskave (uvodno besedilo spletnega anketnega vprašalnika) in s klikom na začetek izpolnjevanja je bilo razdeljenih 15.200 vprašalnikov. V celoti izpolnjenih je bilo 6.903 vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 45,41-odstotna.

5.3 OPIS POTEKA RAZISKAVE

Zbiranje anketnih vprašalnikov je potekalo od januarja 2021 do septembra 2021. Za izvedbo raziskave je bilo pridobljeno dovoljenje, navedeno v prilogi C. Celoten potek zbiranja podatkov je potekel skladno z načeli Helsinške deklaracije, kar pomeni, da so bili pred začetkom izpolnjevanja anketnih vprašalnikov udeleženci pisno seznanjeni z namenom raziskave, sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno ter so ga udeleženci brez utemeljitev lahko preklicali na kateri koli točki sodelovanja, ne da bi to okrnilo njihovo zdravstveno obravnavo. Prav tako so lahko na kateri koli točki sodelovanja zaprosili za morebitno dodatno pojasnitev, če se je pojavila nejasnost. Svojo privolitev v sodelovanje so potrdili s klikom na začetek spletnega anketiranja. Vsak udeleženec je lahko iz raziskave izstopil na kateri koli točki in brez razloga.

5.4 OBDELAVA ZBRANIH PODATKOV

Pridobljene podatke smo analizirali s kvantitativno metodo, pri čemer smo za analizo uporabili statistično programsko opremo SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences, Inc., ZDA). Ker smo imeli opravka s kategoričnimi spremenljivkami, smo najprej izvedli opisno frekvenčno statistiko, pri kateri smo spremenljivke predstavili kot število in delež v odstotkih. Nato smo s testoma Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk preverili vrsto podatkov glede na normalnosti. Testa sta pokazala normalno porazdelitev podatkov. Na podlagi te ugotovitve smo uporabili: Pearsonov koeficient korelacije in test ANOVA za ugotavljanje statistično značilnih razlik med več kot tremi vzorci. Za statistično značilno smo šteli vrednosti $p < 0,05$.

6 REZULTATI

V vzorcu je sodelovalo 3.203 (46,4 %) žensk in 3.700 (53,6 %) moških. Prevladovala je starostna skupina od 36 do 41 let ($n = 1.354$; 19,6 %), nato od 30 do 35 let ($n = 1.257$; 18,2 %), od 42 do 47 let (1.164; 16,9%), od 24 do 29 let ($n = 1.102$; 16 %), od 48 do 53 let ($n = 717$; 10,4 %), od 18 do 23 let ($n = 553$; 8 %), od 54 do 59 let ($n = 438$; 6,3 %) od 60 do 65 let ($n = 191$; 2,8 %) in od 66 let in več ($n = 127$; 1,8 %) (Tabela 1).

Tabela 1. Starost anketirancev

	f	%
Od 18 do 23	553	8,0
Od 24 do 29	1102	16,0
Od 30 do 35	1257	18,2
Od 36 do 41	1354	19,6
Od 42 do 47	1164	16,9
Od 48 do 53	717	10,4
Od 54 do 59	438	6,3
Od 60 do 65	191	2,8
66 let in več	127	1,8
Skupaj	6903	100

Večina anketirancev je bila v zvezi (neporočena) ($n = 3.073$; 44,5 %), poročena ($n = 2.886$; 41,8 %), samska ($n = 760$; 11 %), ločena ($n = 154$; 2,2 %) in ovdovela ($n = 30$; 0,4 %).

Posamezniki so imeli v večini končano 2. stopnjo visokošolskega izobraževanja, sledila je skupina s končano srednjo šolo ($n = 1.646$; 23,8 %), 1. stopnjo visokošolskega izobraževanja ($n = 1.601$; 23,2 %), 3. stopnjo visokošolskega izobraževanja ($n = 307$; 4,4 %), sledili so še študentje ($n = 251$; 3,6 %) in tisti s končano osnovno šolo ($n = 86$; 1,2 %) (Tabela 2).

Tabela 2. Raven izobrazbe anketirancev

	f	%
Končana osnovna šola	86	1,2
Končana srednja šola	1.646	23,8
Končana višja šola	478	6,9
Končana 1. stopnja visokošolskega izobraževanja	1.601	23,2
Končana 2. stopnja visokošolskega izobraževanja	2.534	36,7
Končana 3. stopnja visokošolskega izobraževanja	307	4,4
Sem še študent(ka)	251	3,6
Skupaj	6.903	100

V vzorcu je bila večina v heteroseksualnem razmerju ($n = 6.478$; 93,8 %), preostali pa v biseksualnem ($n = 226$; 3,3 %) in homoseksualnem razmerju ($n = 167$; 2,4 %). Manjši delež se je opredelil kot ostalo ($n = 32$; 0,5 %).

Prevladovali so posamezniki, ki niso imeli otrok ($n = 2.501$; 36,2 %), v nadaljevanju pa so sledili anketiranci, ki so imeli po dva otroka ($n = 2.194$; 31,8 %), enega ($n = 1.148$; 16,6 %), tri ($n = 773$; 11,2 %) ter štiri in več ($n = 287$; 4,2 %) (Tabela 3).

Tabela 3. Število otrok anketirancev

	f	%
0 (nič)	2.501	36,2
1	1.148	16,6
2	2.194	31,8
3	773	11,2
4 in več	287	4,2
Skupaj	6.903	100

V svojem življenjskem obdobju je večina imela od 1 do 2 spolna/-ih partnerja/-ic ($n = 2.131$; 30,9 %), od 3 do 4 ($n = 1.334$; 19,3 %), 13 in več ($n = 1.245$; 18 %), od 5 do 6 ($n = 930$; 13,5 %), od 7 do 8 ($n = 539$; 7,8 %), od 9 do 10 ($n = 490$; 7,1 %) in od 11 do 12 ($n = 234$; 3,4 %) (Tabela 4). Med anketiranjem pa je večina imela enega/-o spolnega/-o partnerja/-ico ($n = 5.937$; 86 %), trenutno brez spolnega partnerja ($n = 572$; 8,3 %), dva ($n = 254$; 3,7 %) ter tri in več ($n = 140$; 2 %).

Tabela 4. Celokupno število spolnih partnerjev anketirancev

	f	%
Od 1 do 2	2.131	30,9
Od 3 do 4	1.334	19,3
Od 5 do 6	930	13,5
Od 7 do 8	539	7,8
Od 9 do 10	490	7,1
Od 11 do 12	234	3,4
13 in več	1.245	18,0
Skupaj	6.903	100

V vzorcu je imelo 2.073 (30 %) anketirancev od 1 do 2 spolnih odnosov mesečno, nato od 3 do 4 (n = 1.220; 17,7 %), 11 in več (n = 1.142; 16,5 %), od 5 do 6 (n = 1.033; 15 %), od 7 do 8 (n = 824; 11,9 %) in od 9 do 10 spolnih odnosov mesečno (n = 611; 8,9 %) (Tabela 5).

Tabela 5. Število spolnih odnosov anketirancev na mesec

	f	%
Od 1 do 2	2.073	30,0
Od 3 do 4	1.220	17,7
Od 5 do 6	1.033	15,0
Od 7 do 8	824	11,9
Od 9 do 10	611	8,9
11 in več	1.142	16,5
Skupaj	6.903	100

Večini ni bila diagnosticirana duševna (n = 6.484; 93,9 %) in spolna motnja (n = 6.795; 98,4 %). Duševna motnja je bila ugotovljena pri 419 (6,1 %) in spolna motnja pri 108 (1,6 %) posameznikih/-cah.

Ženske so lahko med spolnim odnosom doživele po en orgazem (n = 1.487; 21,5 %), po dva jih je lahko doživelo 819 (11,9 %), 4 in več (n = 310; 4,5 %) in tri orgazme (n = 299; 4,3 %). Nekatere anketiranke pa orgazma niso mogle doseči (n = 285; 4,1 %) (Tabela 6).

Tabela 6. Število doseženih orgazmov pri anketiranih ženskah

	f	%
1	1.487	21,5
2	819	11,9
3	299	4,3
4 in več	310	4,5
Orgazma sploh ne morem doseči	285	4,1
Skupaj	3.200	46,4
Manjka	3.703	53,6
Skupaj	6.903	100

Večina žensk med spolnim odnosom ni zaigrala orgazma (n = 1.910; 27,7 %). Nekatere so to redko izvedle (n = 708; 10,3 %), včasih (n = 405; 5,9 %), večkrat (n = 131; 1,9 %) in vedno (n = 46; 0,7 %) (Tabela 7).

Tabela 7. Zaigranje orgazma pri anketiranih ženskah

	f	%
Nikoli	1.910	27,7
Redko	708	10,3
Včasih	405	5,9
Večkrat	131	1,9
Vedno	46	0,7
Skupaj	3.200	46,4
Manjka	3.703	53,6
Skupaj	6.903	100

Ženske so lahko tudi v večini doživele orgazem s pomočjo partnerja (n = 1.350; 19,6 %), nekatere pa samo med samozadovoljevanjem (n = 1.519; 22 %). Manjši delež je odgovoril ostalo (n = 184; 2,7 %) in kot nič navedenega (n = 146; 2,1 %). Pri tem odgovoru je bilo pogrešanih 3.704 (53,7 %) odgovorov. Moški in ženske so imeli možnost podati več odgovorov glede vzroka za zaigranje ženskega orgazma. Prevladovalo je prepričanje: ker želi, da partner/-ica ne bi bil razočaran/-a (n = 2000; 29 %); ker želi, da se spolni odnos čim prej konča (n = 1.292; 18,7 %); ker želi nahraniti partnerjev ego (n = 864; 12,5 %); med spolnim odnosom ne uživa (n = 579; 8,4 %); ker nima ustreznega spolnega partnerja/-ice (n = 570; 8,3 %); ker še nikoli ni doživela orgazma (n = 411; 6 %).

V nadaljevanju so lahko podali tudi svoja mnenja glede dejavnikov, ki vplivajo na ne pojavnost orgazma. Večina je menila, da zaradi prekratke predigre (n = 1.604;

23,2 %), premalo strasti (n = 1.268; 18,4 %), ženska si ne dovoli uživati (n = 1.190; 17,2 %), ne pozna dobro svojega telesa (n = 1.054; 15,3 %), neznanje partnerja (n = 1.045; 15,1 %), prekratek spolni odnos (n = 974; 14,1 %), do partnerja/-ice nima spolne želje (n = 861; 12,5 %) in si ne dovoli uživati (n = 581; 8,4 %) (Tabela 8).

Tabela 8. Dejavniki, ki vplivajo na nepojavnost orgazma pri anketiranih ženskah

	f	%
Prekratka predigra	1.604	23,2
Prekratek spolni odnos	974	14,1
Partnerjeva nezainteresiranost	861	12,5
Premalo strasti	1.268	18,4
Neznanje partnerja	1.045	15,1
Ne zna uživati	582	8,4
Si ne dovoli uživati	1.190	17,2
Svojega telesa ne pozna dobro	1.054	15,3
Do partnerja/-ice nima spolne želje	861	12,5

Ženske in moški predstavniki so podali svoje stališče glede dejavnikov, ki vplivajo na nepojavnost erekcije. Večina je menila: do partnerja/-ice nima spolne želje (1.542; 22,3 %); partnerjeva nezainteresiranost (n = 1.218; 17,6 %); premalo strasti (n = 1.192; 17,3 %); si ne dovoli uživati (n = 698; 10,1 %), prekratka predigra (n = 487; 7,1 %), neznanje partnerja/-ice (n = 497; 7,2 %), svojega telesa ne pozna dobro (n = 389; 5,6 %) in ne zna uživati (n = 372; 5,4 %) (Tabela 9).

Tabela 9. Dejavniki, ki vplivajo na nepojavnost erekcije pri anketiranih moških

	f	%
Prekratka predigra	487	7,1
Partnerjeva nezainteresiranost	1.218	17,6
Premalo strasti	1.192	17,3
Neznanje partnerja/-ice	497	7,2
Ne zna uživati	372	5,4
Si ne dovoli uživati	698	10,1
Svojega telesa ne pozna dobro	389	5,6
Do partnerja/-ice nima spolne želje	1.542	22,3

V vzorcu je bilo ugotovljeno zadovoljstvo ali veliko zadovoljstvo s posameznimi trditvami. Večinoma opažamo zadovoljstvo in/ali veliko zadovoljstvo s svojim spolnim življenjem na splošno ter z odzivnostjo spolnega partnerja/-ce. Zadnje je označeno s sivo barvo (Tabela 10).

Tabela 10 a. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami

Moja spolna želja do partnerja/-ce	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	369	5,3
Malo zadovoljen/-na	350	5,1
Zmerno zadovoljen/-na	887	12,8
Zadovoljen/-na	2.073	30,0
Zelo zadovoljen/-na	2.119	30,7
Skupaj	5.798	84,0
Manjka	1.105	16,0
Skupaj	6.903	100
Intenzivnost mojega spolnega vzburjenja	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	273	4,0
Malo zadovoljen/-na	401	5,8
Zmerno zadovoljen/-na	964	14,0
Zadovoljen/-na	2.160	31,3
Zelo zadovoljen/-na	2.001	29,0
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Intenzivnost mojih orgazmov	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	284	4,1
Malo zadovoljen/-na	307	4,4
Zmerno zadovoljen/-na	830	12,0
Zadovoljen/-na	2.289	33,2
Zelo zadovoljen/-na	2.089	30,3
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100

Tabela 10 b. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami

Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	206	3,0
Malo zadovoljen/-na	276	4,0
Zmerno zadovoljen/-na	720	10,4
Zadovoljen/-na	2.054	29,8
Zelo zadovoljen/-na	2.543	36,8
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	205	3,0
Malo zadovoljen/-na	296	4,3
Zmerno zadovoljen/-na	1.009	14,6
Zadovoljen/-na	2.447	35,4
Zelo zadovoljen/-na	1.842	26,7
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemam med spolnimi aktivnostmi	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	416	6,0
Malo zadovoljen/-na	623	9,0
Zmerno zadovoljen/-na	1.288	18,7
Zadovoljen/-na	2.024	29,3
Zelo zadovoljen/-na	1.448	21,0
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100

Tabela 10 c. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami

Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	187	2,7
Malo zadovoljen/-na	332	4,8
Zmerno zadovoljen/-na	909	13,2
Zadovoljen/-na	2.166	31,4
Zelo zadovoljen/-na	2.205	31,9
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	629	9,1
Malo zadovoljen/-na	649	9,4
Zmerno zadovoljen/-na	1.145	16,6
Zadovoljen/-na	1.701	24,6
Zelo zadovoljen/-na	1.675	24,3
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Moja spolna vzburjenost v odnosu do partnerja/-ice	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	268	3,9
Malo zadovoljen/-na	383	5,5
Zmerno zadovoljen/-na	940	13,6
Zadovoljen/-na	2.224	32,2
Zelo zadovoljen/-na	1.984	28,7
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100

Tabela 10 d. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami

Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	359	5,2
Malo zadovoljen/-na	571	8,3
Zmerno zadovoljen/-na	878	12,7
Zadovoljen/-na	1.899	27,5
Zelo zadovoljen/-na	2.092	30,3
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	707	10,2
Malo zadovoljen/-na	756	11,0
Zmerno zadovoljen/-na	1.064	15,4
Zadovoljen/-na	1.556	22,5
Zelo zadovoljen/-na	1.716	24,9
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjal/en/-na)	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	852	12,3
Malo zadovoljen/-na	979	14,2
Zmerno zadovoljen/-na	1.211	17,5
Zadovoljen/-na	1.503	21,8
Zelo zadovoljen/-na	1.254	18,2
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100

Tabela 10 e. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami

Moj spolni odziv do partnerja/-ice	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	253	3,7
Malo zadovoljen/-na	389	5,6
Zmerno zadovoljen/-na	970	14,1
Zadovoljen/-na	2.255	32,7
Zelo zadovoljen/-na	1.932	28,0
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	231	3,3
Malo zadovoljen/-na	354	5,1
Zmerno zadovoljen/-na	929	13,5
Zadovoljen/-na	2.052	29,7
Zelo zadovoljen/-na	2.233	32,3
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Pogostost mojih spolnih aktivnosti	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	1.092	15,8
Malo zadovoljen/-na	899	13,0
Zmerno zadovoljen/-na	1.243	18,0
Zadovoljen/-na	1.559	22,6
Zelo zadovoljen/-na	1.006	14,6
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100

Tabela 10 f. Zadovoljstvo anketirancev s posameznimi trditvami

Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	785	11,4
Malo zadovoljen/-na	756	11,0
Zmerno zadovoljen/-na	1.019	14,8
Zadovoljen/-na	1.592	23,1
Zelo zadovoljen/-na	1.647	23,9
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100
Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	f	%
Sploh nisem zadovoljen/-na	573	8,3
Malo zadovoljen/-na	894	13,0
Zmerno zadovoljen/-na	1.500	21,7
Zadovoljen/-na	1.853	26,8
Zelo zadovoljen/-na	979	14,2
Skupaj	5.799	84,0
Manjka	1.104	16,0
Skupaj	6.903	100

Ženske so bile vprašane tudi o morebitni pojavnosti bolečine med spolnim odnosom. Večina skoraj nikoli ali nikoli ni imela občutka bolečine (n = 1.967; 28,5 %). V nadaljevanju 494 (7,2 %) manj kot polovico časa, 147 (2,1 %) približno polovico časa, 63 (0,9 %) skoraj vedno ali vedno in 55 (80,8 %) pa več kot polovico časa. Tiste, ki se srečujejo z občutkom bolečine so, navedle lokacijo, in sicer po celotni nožnici (8.279; 4 %), v spodnjem delu trebuha (n = 246; 3,6 %), samo v zgornjem delu nožnice (maternični vrat) (n = 187; 2,7 %), spodnji polovici nožnice (od vhoda do polovice nožnice) (n = 136; 2 %), zgornja polovica nožnice (od polovice nožnice do materničnega vratu) (n = 109; 1,6 %) in po celotni nožnici (n = 80; 1,2 %) (Tabela 11).

Tabela 11. Bolečina med vaginalnim spolnim odnosom in lokacija bolečine pri anketiranih ženskah

Pojav bolečine			Lokacija bolečine	
	f	%	f	%
Skoraj nikoli ali nikoli	1.967	28,5	Samo vhod v nožnico	279 4,0
Manj kot polovico časa	494	7,2	Po celotni nožnici	80 1,2
Približno polovico časa	147	2,1	Spodnja polovica nožnice (od vhoda do polovice nožnice)	136 2,0
Več kot polovico časa	55	0,8	Zgornja polovica nožnice (od polovice nožnice do materničnega vratu)	109 1,6
Skoraj vedno ali vedno	63	0,9	Samo v zgornjem delu nožnice (maternični vrat)	187 2,7
Skupaj	2.726	39,5	V spodnjem delu trebuha	246 3,6
Manjka	4.177	60,5		
Skupaj	6.903	100,0		

Bolečina se je lahko pojavila tudi po spolnim odnosu. Večina, 2.358 (34,2 %), se skoraj nikoli ali nikoli ni pritoževala o bolečini, vendar 257 (3,7 %) manj kot polovico časa, 61 (0,9 %) približno polovico časa, 27 (0,4 %) skoraj vedno ali vedno in 23 (0,3 %) več kot polovico časa. Tiste, ki se srečujejo z občutkom bolečine po spolnem odnosu, so navedle lokacijo, in sicer 152 (2,2 %) samo vhod v nožnico, 125 (1,8 %) v spodnjem delu trebuha, 64 in 59 (0,9 %) po celotni nožnici in spodnja polovica nožnice (od vhoda do polovice nožnice), 40 (0,6 %) samo v zgornjem delu nožnice (maternični vrat) in 20 (0,3 %) zgornja polovica nožnice (od polovice nožnice do materničnega vratu) (Tabeli 13, 14).

Tabela 13. Bolečina po vaginalnemu spolnemu odnosu in lokacija bolečine pri anketiranih ženskah

Pojav bolečine	Lokacija bolečine		f	%
	f	%		
Skoraj nikoli ali nikoli	2.358	34,2		
Manj kot polovico časa	257	3,7	64	0,9
Približno polovico časa	61	0,9	59	0,9
Več kot polovico časa	23	0,3	20	0,3
Skoraj vedno ali vedno	27	0,4	40	0,6
Skupaj	2.726	39,5	125	1,8
Manjka	4.177	60,5		
Skupaj	6.903	100		

Tabela 14. Pojav bolečine med spolnim odnosom in po njem pri anketiranih ženskah

	Med spolnim odnosom		Po spolnem odnosu	
	f	%	f	%
Samo vhod v nožnico	279	4,0	152	2,2
Po celotni nožnici	80	1,2	64	0,9
Spodnja polovica nožnice (od vhoda do polovice nožnice)	136	2,0	59	0,9
Zgornja polovica nožnice (od polovice nožnice do materničnega vratu)	109	1,6	20	0,3
Samo v zgornjem delu nožnice (maternični vrat)	187	2,7	40	0,6
V spodnjem delu trebuha	246	3,6	125	1,8

Zastavili smo si teoretični model spolnega zadovoljstva, pri čemer smo združevali določene trditve/spremenljivke v dimenzije:

1. Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi ($\alpha = 0,918$):
 - Moja spolna želja do partnerja/-ice
 - Moja spolna vzburjenost v odnosu do partnerja/-ice
 - Moj spolni odziv na partnerja/-ico
 - Intenzivnost mojega spolnega vzburjenja
2. Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi ($\alpha = 0,831$):
 - Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo
 - Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku
 - Intenzivnost mojih orgazmov
3. Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi ($\alpha = 0,948$):
 - Ocenite partnerjevo spolno aktivnost
 - Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom
 - Način, kako moj/-a partner/-ica) skrbi za moje spolne potrebe
 - Moj/-a partner/-ica) je spolno ustvarjalen/-na
 - Moj/-a partner/-ica) je spolno razpoložljiv/-a
4. Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi ($\alpha = 0,856$):
 - Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici
 - Raznolikost mojih spolnih dejavnosti
 - Pogostost mojih spolnih dejavnosti
 - Ravnovesje med tem, kar dajem in prejemanj med spolnimi aktivnostmi

Samostojna spremenljivka pa je bila:

5. Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Ugodno razpoloženje pred spolnim odnosom, med njim in po njem je odvisno od več dejavnikov. Razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi korelira z razpoloženjem med spolnim odnosom/aktivnostmi ($r = 0,828$), razpoloženjem po spolnem odnosu ($r = 0,719$) in z razpoloženjem mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi ($r = 0,613$). Razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi z razpoloženjem po spolnem odnosu ($r = 0,679$) in razpoloženjem mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi ($r = 0,553$) ter razpoloženje po spolnem odnosu z razpoloženjem mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi ($r = 0,861$) (Tabela 15).

Tabela 15. Pearsonov korelacijski koeficient teoretičnih dimenzij

	Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi	Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi	Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi	Moje razpoloženje po spolnem odnosu
Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi		,828**	,613**	,719**
Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi	,828**		,553**	,679**
Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi	,613**	,553**		,861**
Moje razpoloženje po spolnem odnosu	,719**	,679**	,861**	
** $p \leq 0,001$				

V vzorcu smo ugotovili korelacije med moškim spolom ter razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi in med njim/-i, med ženskim spolom pa med razpoloženjem partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi in ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi (Tabela 16).

Tabela 16. Povezave med spolom anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p	Spol
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	52,468	0,000	ženski
1	Intenzivnost mojega spolnega vzburjenja	10,906	0,001	moški
2	Intenzivnost mojih orgazmov	38,832	0,000	
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	16,903	0,000	
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	574,189	0,000	
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	67,403	0,000	ženski
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemam med spolnimi aktivnostmi	160,532	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	578,147	0,000	
3	Način, kako moj/-a partner/-ica) skrbi za moje spolne potrebe	535,021	0,000	
3	Moj partner je spolno ustvarjalen	579,467	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a)	712,536	0,000	
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	181,519	0,000	
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	168,760	0,000	

Legenda: 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

V celoti je povezanih vseh pet dimenzij s starostjo od 18 do 23 let. Ugotovili smo povezavo med bolečino med spolnim odnosom in po v starostni skupini 66 let in več (Tabela 17).

Tabela 17. Povezave med starostjo anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p		
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	28,068	0,000	Od 18 do 23	
1	Intenzivnost mojega spolnega vzburjenja	11,253	0,000		
2	Intenzivnost mojih orgazmov	7,900	0,000		
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	5,069	0,000		
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	42,963	0,000		
1	Moja spolna vzburjenost v odnosu do partnerja/-ice	17,014	0,000		
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	15,960	0,000		
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	9,871	0,000		
5	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	9,137	0,000		
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	19,221	0,000		
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemam med spolnimi aktivnostmi	17,052	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	45,407	0,000		
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	41,374	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjal/en/-na	26,751	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	46,161	0,000		
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	14,517	0,000		
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	17,545	0,000		
	Bolečina med spolnim odnosom	8,120	0,000		66 let in več
	Bolečina po spolnem odnosu	4,174	0,000		

Legenda: 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

V vzorcu obstajajo močne povezave med posamezniki/-cami, ki so v zvezi, vendar so neporočeni, z vsemi petimi dimenzijami. Pri ženskah, ki so samske, pa smo ugotovili povezavo z bolečino med spolnim odnosom in po njem (Tabela 18).

Tabela 18. Povezave med zakonsko skupnostjo anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p		
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	24,155	0,000	v zvezi (neporočen/-a)	
1	Intenzivnost mojega spolnega vznburjenja	9,400	0,000		
2	Intenzivnost mojih orgazmov	25,672	0,000		
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	13,937	0,000		
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	25,073	0,000		
1	Moja spolna vznburjenost v odnosu do partnerja/-ice	12,081	0,000		
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	12,061	0,000		
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	33,041	0,000		
5	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	23,596	0,000		
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	15,352	0,000		
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemanj med spolnimi aktivnostmi	16,780	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	28,317	0,000		
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	23,077	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjalen/-na	20,823	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	31,118	0,000		
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	12,504	0,000		
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	31,297	0,000		
	Bolečina med spolnim odnosom	4,323	0,002		samski/-a
	Bolečina po spolnem odnosu	5,299	0,000		

Legenda: 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/ aktivnostmi; 4 – Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Med posamezniki/-cami, ki so končali 1. stopnjo visokošolskega izobraževanja, smo ugotovili povezavo z eno spremenljivko dimenzije, in sicer z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi, s končano 2. stopnjo visokošolskega izobraževanja z razpoloženjem po spolni aktivnosti in 3. stopnjo visokošolskega izobraževanja z razpoloženjem med spolnim odnosom/aktivnostmi. Več povezav je bilo ugotovljenih s statusom študenta/-ke z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi in med njim/-i ter ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi (Tabela 19).

Tabela 19. Povezave med ravno izobrazbe anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p	
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	4,962	0,000	končana 1. stopnja visokošol. izobraz.
2	Intenzivnost mojih orgazmov	2,906	0,008	končana 3. stopnja visokošol. izobraz.
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	3,376	0,003	
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	9,015	0,000	
1	Moja spolna vzburjenost v odnosu do partnerja/-ice	2,724	0,012	študent/-ka
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	2,721	0,012	
5	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	3,998	0,001	končana 2. stopnja visokošol. izobraz.
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	2,577	0,017	
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemam med spolnimi aktivnostmi	4,164	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	10,978	0,000	
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	9,967	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjal/en-na	9,319	0,000	študent/-ka
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	11,882	0,000	
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	3,950	0,001	
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	5,962	0,000	
	Bolečina med spolnim odnosom	3,601	0,001	končana osnovna šola
	Bolečina po spolnem odnosu	3,595	0,001	

Legenda: 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/ aktivnostmi; 4 – Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Posamezniki/-ce, ki so v heteroseksualnem razmerju, se povezujejo z vsemi petimi dimenzijami (Tabela 20).

Tabela 20. Povezave med spolno usmerjenostjo anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p	
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	5,818	0,001	heteroseksualno razmerje
1	Intenzivnost mojega spolnega vzburjenja	2,014	0,110	
2	Intenzivnost mojih orgazmov	2,708	0,044	
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	4,635	0,003	
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	7,732	0,000	
1	Moja spolna vzburjenost v odnosu do partnerja/-ice	4,829	0,002	
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	6,041	0,000	
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	6,108	0,000	
5	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	12,184	0,000	
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	4,226	0,005	
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejeman med spolnimi aktivnostmi	3,639	0,012	
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	6,888	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjal/en/-na	7,440	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	7,588	0,000	
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	5,353	0,001	
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	4,634	0,003	

Legenda: 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/ aktivnostmi; 4 – Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Povezave so tudi med posamezniki obeh spolov z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi in med njim/-i, razpoloženjem mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi in ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi. Anketiranci, ki so imeli tri otroke, pa se povezujejo z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi in med njim/-i. Občutek bolečine med spolnim odnosom in po njem pa je bil prisoten tudi pri predstavnicah, ki niso imele otrok (Tabela 21).

Tabela 21. Povezave med številom otrok anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p		
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	15,912	0,000	0 (nič)	
1	Intenzivnost mojega spolnega vzbujenja	6,349	0,000	3	
2	Intenzivnost mojih orgazmov	4,389	0,002	3	
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	42,862	0,000	0 (nič)	
1	Moja spolna vzbujenost v odnosu do partnerja/-ice	8,472	0,000		
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	9,516	0,000		
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	7,195	0,000		
2	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	3,895	0,004		
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	7,843	0,000		
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemanj med spolnimi aktivnostmi	11,902	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitek	42,327	0,000		
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	43,698	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjal/en/-na	33,995	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	52,379	0,000		
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	18,930	0,000		
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	28,847	0,000		
	Bolečina med spolnim odnosom	10,281	0,000		0 (nič)
	Bolečina po spolnem odnosu	5,321	0,000		

Legenda¹

Število vseh spolnih partnerjev v njihovem življenju od 9 do 10 se povezuje z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi ter med njim/-i in ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi, tisti, ki so imeli v svojem življenju od 11 do 12 spolnih partnerjev/-ic, pa z razpoloženjem med spolnim odnosom/aktivnostmi in ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi. Ugotovili smo, da je bolečina

¹ 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

med spolnim odnosom povezana s predstavnicami, ki so imele v svojem življenju celokupno od 1 do 2 spolnega partnerja (Tabela 22).

Tabela 22. Povezave med številom vseh spolnih partnerjev anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p	
1	Moja spolna želja do partnerja/-ce	3,021	0,006	9–10
2	Intenzivnost mojih orgazmov	3,223	0,004	11–12
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	3,082	0,005	9–10
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	4,860	0,000	9–10
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	2,369	0,027	9–10
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	3,311	0,003	11–12
	Bolečina med spolnim odnosom	2,554	0,018	1–2

Legenda²

Med posamezniki obeh spolov, ki so imeli enega spolnega partnerja, obstaja povezava z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi in med njim/-i ter razpoloženjem po spolni aktivnosti, tisti, ki so imeli 3 in več spolnih partnerjev, pa z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi in med njim/-i, razpoloženjem mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi in ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi (Tabela 23).

² 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Tabela 23. Povezave med številom trenutnih spolnih partnerjev anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p	
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	134,178	0,000	1
1	Intenzivnost mojega spolnega vznburjenja	50,089	0,000	3 in več
2	Intenzivnost mojih orgazmov	84,128	0,000	3 in več
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	63,694	0,000	3 in več
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	59,301	0,000	3 in več
1	Moja spolna vznburjenost v odnosu do partnerja/-ice	99,793	0,000	1 in 3 več
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	95,695	0,000	3 in več
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	102,877	0,000	1
5	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	98,896	0,000	1
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	82,090	0,000	3 in več
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemanj med spolnimi aktivnostmi	68,124	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	63,625	0,000	
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	53,653	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjaljen/-na	37,139	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	49,585	0,000	
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	64,491	0,000	
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	116,163	0,000	

Legenda³

Anketiranci, ki so imeli mesečno 11 in več spolnih odnosov, se povezujejo z vsemi petimi dimenzijami. Ugotovili smo, da obstaja povezava med bolečino med spolnim odnosom in po spolnem odnosu s posameznicami, ki imajo spolne odnose od 1- do 2-krat mesečno (Tabela 24).

³ 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Tabela 24. Povezave med številom spolnih odnosov anketirancev na mesec in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p	
1	Moja spolna želja do partnerja/-ce	361,960	0,000	11 in več
1	Intenzivnost mojega spolnega vznburjenja	194,560	0,000	
2	Intenzivnost mojih orgazmov	142,054	0,000	
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	176,284	0,000	
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	483,812	0,000	
1	Moja spolna vznburjenost v odnosu do partnerja/-ice	257,517	0,000	
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	242,628	0,000	
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	187,345	0,000	
5	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	185,573	0,000	
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	212,058	0,000	
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemam med spolnimi aktivnostmi	314,983	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	358,776	0,000	
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	462,544	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjal/en/-na	344,992	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	535,688	0,000	
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	412,299	0,000	
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	1121,638	0,000	
	Bolečina med spolnim odnosom	22,964	0,000	1-2
	Bolečina po spolnem odnosu	12,033	0,000	

Legenda⁴

Prisotnost psihične motnje ni v povezavi z nobenim izmed dimenzij, vendar obstaja povezava med bolečino med spolnim odnosom in po njem s predstavnicami, ki imajo psihično motnjo (Tabela 25).

⁴ 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Tabela 25. Povezave med psihično motnjo anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p		
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	27,036	0,000	ne	
1	Intenzivnost mojega spolnega vzburjenja	42,081	0,000		
2	Intenzivnost mojih orgazmov	53,538	0,000		
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	67,061	0,000		
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	5,554	0,018		
1	Moja spolna vzburjenost v odnosu do partnerja/-ice	53,555	0,000		
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	43,559	0,000		
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	49,277	0,000		
5	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	48,275	0,000		
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	22,639	0,000		
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemanj med spolnimi aktivnostmi	32,332	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	3,006	0,083		
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	13,125	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjalen/-na	5,005	0,025		
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	13,232	0,000		
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	20,298	0,000		
	Bolečina med spolnim odnosom	8,908	0,003		da
	Bolečina po spolnem odnosu	17,278	0,000		

Legenda⁵

Število doseženih ženskih orgazmov se povezuje z različnimi dimenzijami, in sicer se posameznice, ki lahko med spolnim odnosom/aktivnostim dosežejo do tri orgazme, povezujejo z razpoloženjem med spolnim odnosom/aktivnostmi in razpoloženjem partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi, tiste, ki so lahko dosegle štiri orgazme in več, pa z vsemi petimi dimenzijami. Posameznice, ki orgazma ne morejo doseči, pa se povezujejo z bolečino med spolnim odnosom in po njem (Tabela 26).

⁵ 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Tabela 26. Povezave med številom doseženih orgazmov anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p	
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	73,166	0,000	4 in več
1	Intenzivnost mojega spolnega vznurjenja	95,396	0,000	
2	Intenzivnost mojih orgazmov	327,203	0,000	
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	150,167	0,000	
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	49,433	0,000	
1	Moja spolna vznurjenost v odnosu do partnerja/-ice	84,274	0,000	
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	81,770	0,000	
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	69,880	0,000	3, 4 in več
5	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	119,945	0,000	4 in več
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	38,193	0,000	4 in več
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemanj med spolnimi aktivnostmi	87,277	0,000	
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	36,245	0,000	
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	72,347	0,000	3, 4 in več
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjaljen/-na	53,864	0,000	4 in več
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	30,542	0,000	
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	58,975	0,000	
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	33,253	0,000	orgazma ne morem doseči
	Bolečina med spolnim odnosom	45,542	0,000	
	Bolečina po spolnem odnosu	26,569	0,000	

Legenda⁶

Posameznice, ki niso nikoli zaigrale orgazma, se povezujejo z vsemi petimi dimenzijami. Se pa posameznice, ki med spolnim odnosom/aktivnostmi zaigrajo orgazme, povezujejo z bolečino med spolnim odnosom in po njem (Tabela 27).

⁶ 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Tabela 27. Povezave med zaigranjem orgazma anketirancev in spremenljivkami dimenzij

Dimenzija		F	p		
1	Moja spolna želja do partnerja/-ice	21,318	0,000	nikoli	
1	Intenzivnost mojega spolnega vznburjenja	18,994	0,000		
2	Intenzivnost mojih orgazmov	76,163	0,000		
2	Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	44,496	0,000		
3	Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	21,323	0,000		
1	Moja spolna vznburjenost v odnosu do partnerja/-ice	19,541	0,000		
1	Moj spolni odziv do partnerja/-ice	20,732	0,000		
2	Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	19,384	0,000		
5	Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	34,191	0,000		
4	Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	13,184	0,000		
4	Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemam med spolnimi aktivnostmi	32,346	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	16,255	0,000		
3	Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	34,161	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjal/en-na	24,827	0,000		
3	Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	16,616	0,000		
4	Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	16,532	0,000		
4	Pogostost mojih spolnih aktivnosti	14,771	0,000		
	Bolečina med spolnim odnosom	19,579	0,000		vedno
	Bolečina po spolnem odnosu	20,665	0,000		

Legenda⁷

Ženske predstavnice, ki lahko svoj orgazem dosežejo skupaj in/ali s pomočjo partnerja, se povezujejo z vsemi petimi dimenzijami. Ugotovili pa smo povezavo med bolečino med spolnim odnosom in po njem pri posameznicah, ki orgazma ne morejo doseči s partnerjem ali z njegovo pomočjo (Tabela 28).

⁷ 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnovesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

Tabela 28. Korelacije med doživljanjem orgazma med spolnim odnosom s partnerjem/-ico ali med samozadovoljevanjem anketirancev in spremenljivkami dimenzij

	F	Sig.	
Moja spolna želja do partnerja/-ice	76,251	0,000	s partnerjem
Intenzivnost mojega spolnega vzburjenja	83,372	0,000	
Intenzivnost mojih orgazmov	181,436	0,000	
Med spolno aktivnostjo se prepustim spolnemu užitku	108,511	0,000	
Ocena partnerjeve spolne aktivnosti	79,708	0,000	
Moja spolna vzburjenost v odnosu do partnerja/-ice	86,221	0,000	
Moj spolni odziv do partnerja/-ice	77,796	0,000	
Moja čustvena predanost med spolno aktivnostjo	73,880	0,000	
Moje razpoloženje po spolni aktivnosti	92,478	0,000	
Ocena užitka, ki ga zagotavljam partnerju/-ici	41,996	0,000	
Ravnotežje med tem, kar dajem in prejemam med spolnimi aktivnostmi	102,081	0,000	
Moj/-a partner/-ica se preda spolnim užitkom	53,509	0,000	
Način, kako moj/-a partner/-ica skrbi za moje spolne potrebe	99,856	0,000	
Moj/-a partner/-ica je spolno ustvarjal/en-na	78,273	0,000	
Moj/-a partner/-ica je spolno razpoložljiv/-a	58,370	0,000	
Raznolikost mojih spolnih aktivnosti	80,557	0,000	drugo
Pogostost mojih spolnih aktivnosti	78,146	0,000	
Bolečina med spolnim odnosom	22,352	0,000	
Bolečina po spolnem odnosu	16,669	0,000	

Legenda⁸

⁸ 1 – Moje razpoloženje pred spolnim odnosom/aktivnostmi; 2 – Moje razpoloženje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 3 – Razpoloženje mojega partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi; 4 – Ravnesje med spolnim odnosom/aktivnostmi; 5 – Moje razpoloženje po spolni aktivnosti

7 RAZPRAVA

Namen te študije je bil raziskati vlogo individualnih, odnosnih in sociokulturnih spremenljivk pri določanju spolnega zadovoljstva moških in žensk, ki živijo v Sloveniji.

Determinante spolne funkcije in zadovoljstva

STAROST: na podlagi naših rezultatov je bilo ugotovljeno pomembno obratno sorazmerje med starostjo in spolnim zadovoljstvom. Naša raziskava je po petih glavnih vprašanjih za devet skupin različnih starosti ugotovila statistično značilno večje zadovoljstvo med udeleženci v starostni skupini od 18 do 23 let. Starostna skupina od 18 do 23 let je bila v korelaciji z razpoloženjem pred spolno aktivnostjo in med njo, razpoloženjem partnerja med spolno aktivnostjo, ravnotežjem med spolno aktivnostjo in razpoloženjem po spolni aktivnosti. Starostni skupini od 30 do 35 let in od 42 do 47 let pa korelirata le z razpoloženjem v okviru spolnih odnosov/spolnih aktivnosti (Tabela 17).

Rezultati nekaterih študij podpirajo to ugotovitev, da nižja kot je starost udeležencev, večje je spolno zadovoljstvo (Tavooni in Haghani, 2010; Tayebe Ziaee et al., 2014). Auslander je ugotovil, da je 85 % mladostnikov in mladih odraslih poročalo o občutku zadovoljstva v svojih spolnih odnosih (Auslander et al., 2007). Zdi se, da pri mladostnikih s staranjem na njihovo spolno aktivnost vplivajo nove odgovornosti v njihovem življenju, kot je zaposlitev ali vključenost v skrb za svoje otroke ter druge družinske in družbene obveznosti. Rezultati naše študije so v nasprotju z rezultati Janninijeve študije. Verjame, da se možje postopoma naučijo ljubiti in da lahko spremembe pripeljejo do večjega spolnega zadovoljstva.

ZAKONSKA SKUPNOST: v tej anketi je zastavljenih pet glavnih vprašanj za pet skupin (samski, poročeni, ločeni, ovdoveli in v zvezi). Rezultati kažejo, da imajo pari, ki so v zvezi (neporočeni), večje spolno zadovoljstvo kot večina drugih skupin. Ločene, samske in ovdovele ženske imajo nižje rezultate kot poročene in neporočene (v zvezi) ženske. Status »v zvezi (neporočen)« je v korelaciji z vsemi petimi dimenzijami. Kar zadeva zaznavanje bolečine med vaginalnim spolnim odnosom, je bila ugotovljena močna korelacija pri samskih ženskah. Poleg tega rezultati kažejo, da poroka sama po sebi ne prispeva k spolnemu zadovoljstvu. Pravzaprav osnovni model v tabeli 18 kaže, da so poročeni pari glede tega sorazmerno slabi. Tako se zdi, da zakonska zveza ne spodbuja spolnega zadovoljstva, ampak dejstvo, da imamo partnerja. Ker korelacija med zakonskim

statusom in spolnim zadovoljstvom ni bila tako močna, je mogoče, da imajo starejši pari manjšo željo ali sposobnost spolnega delovanja. Dolžina njunega razmerja poudarja vse manjši mejni učinek, kot je razvidno iz več longitudinalnih študij, ki preučujejo druge učinke zakonske zveze skozi čas (Lucas et al., 2003).

RAVEN IZOBRAZBE: ta študija je preučevala razmerje med različnimi stopnjami izobrazbe in spolnim zadovoljstvom. Med posamezniki/-cami, ki so končali 1. stopnjo visokošolskega izobraževanja, smo ugotovili povezavo z eno spremenljivko dimenzije, in sicer z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi, s končano 2. stopnjo visokošolskega izobraževanja z razpoloženjem po spolni aktivnosti in 3. stopnjo visokošolskega izobraževanja z razpoloženjem med spolnim odnosom/aktivnostmi. Več povezav je bilo ugotovljenih s statusom študenta/-ke z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi in med njim/-i ter ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi (Tabela 19). Predvidevalo se je, da so višje stopnje akademske izobrazbe povezane z večjim spolnim zadovoljstvom. Tisti s statusom študenta so bili povezani z razpoloženjem pred seksom/spolno aktivnostjo in med njim/njo, razpoloženjem partnerja med seksom/spolno aktivnostjo, ravnotežjem med seksom/spolno aktivnostjo in razpoloženjem po spolni aktivnosti. Tisti, ki so končali 3. stopnjo univerzitetne študije, korelirajo z razpoloženjem pred odnosom/spolno aktivnostjo in razpoloženjem po spolni aktivnosti, ne pa tudi med seksom. Zaznavanje bolečine med vaginalnim odnosom in po njem je v korelaciji z ženskami, ki so končale osnovno šolo. Zdi se, da ženske z manjšo izobrazbo poročajo o večji intenzivnosti bolečine in psihosocialnih stiskah v primerjavi z ženskami brez bolečin.

Ji in Norling (2004) sta ugotovila pozitivno povezavo med izobrazbo in spolnim zadovoljstvom. Trdijo, da lahko izobraževanje vpliva na gospodarsko stabilnost. Izobraženi pari imajo več možnosti za doseganje ekonomske stabilnosti ter s tem večjega zakonskega in spolnega zadovoljstva kot pari z nižjo formalno izobrazbo. Čeprav je to skladno z večino prejšnjih študij, je študija Abdolyja in Pourmousavija (2013) pokazala, da je bila korelacija med stopnjo izobrazbe in spolnim zadovoljstvom linearna samo za skupino pod doktoratom, medtem ko se je presenetljivo v skupinah doktorata in poddoktorata spolnost žensk na lestvici zadovoljstva znižala. Špekulirajo, da bi to nižje spolno zadovoljstvo lahko povzročili nekateri dejavniki, kot so: višja izobrazba, pritisk na dnevno aktivnost in naraščajoča starost; stresni pogoji za študente pri pridobitvi univerzitetne diplome, večja prizadevanja deklet za pridobitev univerzitetne diplome.

SPOLNA USMERJENOST: cilj raziskave je bil preučiti spolno zadovoljstvo v kontekstu različnih spolnih usmerjenosti. Ker se je večina raziskav o spolnem zadovoljstvu osredinila izključno na heteroseksualne vzorce, smo pregledali tudi homoseksualne in biseksualne vzorce. V vzorcu je bila večina v heteroseksualnem razmerju (n = 6.478; 93,8 %), preostali pa v biseksualnem (n = 226; 3,3 %) in homoseksualnem razmerju (n = 167; 2,4 %). Manjši delež se je opredelil kot ostalo (n = 32; 0,5 %). Posamezniki/-ce, ki so v heteroseksualnem razmerju, se povezujejo z vsemi petimi dimenzijami (Tabela 20). Povezave so tudi med posamezniki istih spolov z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi in med njim/-i, razpoloženjem partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi in ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi, vendar bi bilo napačno trditi, da ima večina istospolno usmerjenih ljudi v večini družb odlično spolno zdravje. Tudi homoseksualni moški in ženske so podvrženi sistemu neenakosti in v veliko državah spolna usmerjenost bolj kot spol določa dostop do dragocenih virov. V skoraj vsaki družbi obstajajo skupine, kot so manjšine, homoseksualci in transseksualci. Položaj istospolno usmerjenih moških in lezbijk je problematičen v državah, v katerih so bile in se še vedno dogajajo številne kršitve njihovih pravic, ki so povzročile resne negativne telesne, psihične in spolne posledice.

V študiji Hendersona et al. (2009) sta avtorja izvedla internetno raziskavo poročenih heteroseksualnih žensk in lezbijk/biseksualnih žensk v zvezanih istospolnih zvezah. Njihovi rezultati so pokazali, da je bila za obe skupini žensk podobna konstelacija dejavnikov (depresivni simptomi, zadovoljstvo v zvezi, spolno delovanje in socialna podpora) povezana s spolnim zadovoljstvom.

ŠTEVILO OTROK: ta študija preučuje razmerje med spolnim zadovoljstvom staršev in številom otrok v Sloveniji. Posamezniki s tremi otroki korelirajo z razpoloženjem pred odnosom/spolno aktivnostjo, tisti, ki so imeli štiri ali več otrok, pa z razpoloženjem pred seksom/spolno aktivnostjo in med njim/njo ter razpoloženjem po spolni aktivnosti. Bolečine med vaginalnim odnosom in po njem so bile ugotovljene pri ženskah brez otrok. Naše ugotovitve niso skladne z drugimi raziskavami (Kowal et al., 2021), ki so pokazale, da se število otrok lahko šteje za globalni negativni korelat spolnega zadovoljstva. Starši z več otroki so poročali o nižji ravni spolnega zadovoljstva. Prejšnje študije so pokazale, da imajo starši iz zahodnih držav, ki na splošno veljajo za bolj individualistične, manjše zakonsko in spolno zadovoljstvo po rojstvu svojih otrok (Twenge et al., 2003). Zato smo domnevali, da so lahko višje ravni individualističnih vrednot povezane s spolnim zadovoljstvom in z nižjim številom otrok.

ŠTEVILO SPOLNIH PARTNERJEV: raziskovali smo tudi korelacijo med skupnim številom spolnih partnerjev v življenju in spremenljivkami. Število vseh spolnih partnerjev preiskovancev v življenju od 9 do 10 se povezuje z razpoloženjem pred spolnim odnosom/aktivnostmi in med njim/-i ter ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi, tisti, ki so imeli v svojem življenju od 11 do 12 spolnih partnerjev/-ic, pa z razpoloženjem med spolnim odnosom/aktivnostmi in ravnovesjem med spolnim odnosom/aktivnostmi. Ugotovili smo, da je bolečina med spolnim odnosom povezana s predstavnicami, ki so imele v svojem življenju celokupno od 1 do 2 spolnega partnerja (Tabela 22).

ŠTEVILO SPOLNIH ODNOSOV MESEČNO: korelacija med številom spolnih odnosov mesečno in spremenljivkami je pokazala, da je 11 ali več spolnih stikov mesečno pozitivno koreliralo z vsemi petimi dimenzijami. Glede občutka bolečine med vaginalnim odnosom in po njem smo ugotovili korelacijo pri ženskah, ki so imele spolne odnose od 1- do 2-krat mesečno (Tabela 24).

PSIHIČNE MOTNJE: v naši raziskavi smo ugotovili, da prisotnost psihične motnje ni v povezavi z nobenim izmed dimenzij, vendar pa obstaja povezava med bolečino med spolnim odnosom in po spolnemu odnosu s predstavnicami, ki imajo psihično motnjo (Tabela 25). V literaturi so udeleženci z duševnimi in s spolnimi motnjami poročali o višjih stopnjah spolnega nezadovoljstva. Ena najpomembnejših determinant spolnega zadovoljstva je duševno zdravje (Bakhshayesh in Mortazavi, 2010; Syme et al., 2012). V večini študij je duševno zdravje navedeno kot najmočnejši dejavnik, ki vpliva na spolno zadovoljstvo. Tako se duševno zdravje nanaša na dejstvo, da ljudje razmišljajo in čutijo o svojem življenju na splošno in na posebnih področjih, kot so: spol, medosebni odnosi ter fizično in duševno zdravje, skladno z osebnimi standardi (Syme et al., 2012). Duševno zdravje kot dejavnik, ki najmočneje vpliva na spolnost in še posebej na spolno zadovoljstvo, je opredeljeno kot človekovo pozitivno in racionalno vrednotenje različnih vidikov življenja, ki uravnoveša pozitivna čustva, kot so: sreča, moč volje, samozavest in pozitivna samopodoba. Posamezniki z motnjami razpoloženja, anksioznosti in odvisnosti od toksičnih substanc imajo povišane možnosti za spolno nezadovoljstvo. Zdi se, da na spolno zadovoljstvo najbolj vplivajo odvisnost od alkohola in drog ter bipolarna motnja. Tudi če je motnja uživanja snovi premagana, še vedno obstaja korelacija s trenutnim spolnim nezadovoljstvom (Vanwesenbeek et al., 2014).

ŠTEVILO DOSEŽENIH ŽENSKIH ORGAZMOV: število doseženih ženskih orgazmov se povezuje z različnimi dimenzijami, in sicer se posameznice, ki lahko med spolnim odnosom/aktivnostmi dosežejo do tri orgazme, povezujejo z razpoloženjem med spolnim odnosom/aktivnostmi in razpoloženjem partnerja med spolnim odnosom/aktivnostmi, tiste, ki so lahko dosegle štiri orgazme in več, pa z vsemi petimi dimenzijami. Posameznice, ki orgazma ne morejo doseči, pa se povezujejo z bolečino med spolnim odnosom in po njem (Tabela 26).

ZAIGRANI ORGAZMI: posameznice, ki niso nikoli zaigrale orgazma, se povezujejo z vsemi petimi dimenzijami. Se pa posameznice, ki med spolnim odnosom/aktivnostmi zaigrajo orgazme, povezujejo z bolečino med spolnim odnosom in po njem (Tabela 27).

Zaključek

Literatura o spolnem zadovoljstvu na ravni parov se je v zadnjem desetletju močno poglobila in povečala; vodi do pomembnega napredka v načinu konceptualizacije spolnega zadovoljstva. Z jemanjem par – osredotočen namesto pristopa na individualni ravni smo poglobili svoje razumevanje ne le dejavnikov, ki olajšajo in zmanjšajo spolno zadovoljstvo, ampak tudi poti, po katerih ti dejavniki delujejo. Naša raziskava je ugotovila statistično značilno večje zadovoljstvo pri heteroseksualno usmerjenih posameznikih, udeležencih, starih od 18 do 23 let, z višjo stopnjo izobrazbe, s trenutnim spolnim partnerjem, v trenutnem partnerskem (nezakonskem) odnosu, z 11 ali več spolnimi stiki mesečno ter brez ugotovljene duševne in spolne motnje.

Omejitve študije

Rezultate te študije moramo razlagati previdno, ker obstaja nekaj omejitev, ki jih je treba obravnavati v prihodnjih raziskavah. Prvič, zaradi obvezne karantene zaradi covida-19 v Sloveniji v obdobju zbiranja podatkov smo spremenili časovni okvir indeksa spolne funkcije s štirih tednov na več mesecev. Ta odločitev je bila sprejeta, da bi se izognili netočnim rezultatom glede spolne aktivnosti, glede na to, da v Sloveniji večina neporočenih parov lahko živi zunaj skupnosti. Zato je mogoče, da so fizično ločeni od svojih partnerjev med anketo dali manj veljavne odgovore. V povezavi s tem velja poudariti, da je bil zelo visok odstotek udeležencev mladih, neporočenih in zunajzakonskih skupnosti ter visokoizobraženih in živečih v urbanih okoljih. Poleg tega bi bilo v bodočih raziskavah smiselno opraviti ločeno analizo med osebami, ki so v partnerski zvezi in tistimi, ki niso. Glede

na vsebino vprašalnika je prav mogoče, da so se osebe, ki niso v partnerski zvezi, ali pa je ta zveza šibka, odločile, da vprašalnika ne bodo izpolnile. Za dobro poznavanje stanja na področju spolnega zadovoljstva v Sloveniji je potrebno v bodočih raziskavah pridobiti tudi podatke, na kakšen način osebe poskrbijo za spolno zadovoljstvo če niso v partnerski zvezi oziroma jih spolna aktivnost v partnerski zvezi ne zadovolji v celoti. Zadnja omejitev je glede na metodologijo, ki je bila uporabljena, naših rezultatov, če tudi gre za velik vzorec, ni mogoče posplošiti za celotno prebivalstvo.

8 LITERATURA

- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Graham, C., Nobre, P., & Wylie, K. (2016). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538–571. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019>
- Chae, S., Desai, S., Crowell, M., Sedgh, G., & Singh, S. (2017). Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. *PLoS ONE*, 12(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172976>
- Clement, P., & Giuliano, F. (2016). Physiology and Pharmacology of Ejaculation. In *Basic & clinical pharmacology & toxicology* (Vol. 119, pp. 18–25). <https://doi.org/10.1111/bcpt.12546>
- Dewitte, M., & Mayer, A. (2018). Exploring the Link Between Daily Relationship Quality, Sexual Desire, and Sexual Activity in Couples. *Archives of Sexual Behavior*, 47(6), 1675–1686. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1175-x>
- Faix, A., Lapray, J. F., Callede, O., Maubon, A., & Lanfrey, K. (2002). Magnetic resonance imaging (MRI) of sexual intercourse: Second experience in missionary position and initial experience in posterior position. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(SUPPL. 1), 63–76. <https://doi.org/10.1080/00926230252851203>
- Forhan, S. E., Gottlieb, S. L., Sternberg, M. R., Xu, F., Datta, S. D., McQuillan, G. M., Berman, S. M., & Markowitz, L. E. (2009). Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics*, 124(6), 1505–1512. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0674>
- Godina, V., Bernik, I., Hlebec, V. (2000). mladi in aids: sumarnik. Ljubljana: FDV
- Health protection agency (2010). Number of selected STI diagnoses made at genitourinary medicine clinics by gender, sexual orientation and age-group, UK, England and English SHAs: 2000-2009
- Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Kenneth Davidson, J., & Moore, N. B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American Journal of Public Health*, 101(9), 1643–1654. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300154>

- Institute of Medicine (U.S.). Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. (2003). *The future of the public's health in the 21st century*. National Academies Press.
- Kasman, A. M., Bhambhani, H. P., & Eisenberg, M. L. (2020). Ejaculatory Dysfunction in Patients Presenting to a Men's Health Clinic: A Retrospective Cohort Study. *Sexual Medicine*, 8(3), 454–460.
<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.05.002>
- Kirby, D. B., Laris, B. A., & Rolleri, L. A. (2007). Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. In *Journal of Adolescent Health* (Vol. 40, Issue 3, pp. 206–217).
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.143>
- Koren, G., & Koren, D. (2020). Retrograde Ejaculation—a Commonly Unspoken Aspect of Prostatectomy for Benign Prostatic Hypertrophy. *American Journal of Men's Health*, 14(2). <https://doi.org/10.1177/1557988320910870>
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muirheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762–774. <https://doi.org/10.1056/nejmoa067423>
- Milne, D. (2011). Improving sexual health outcomes in Scotland. *The European Magazine for Sexual and Reproductive Health* (Vol. 71, pp. 10-11)
- Montejo, A. L. (2019). Sexuality and mental health: The need for mutual development and research. In *Journal of Clinical Medicine* (Vol. 8, Issue 11). MDPI. <https://doi.org/10.3390/jcm8111794>
- Montouchet, C., & Trussell, J. (2013). Unintended pregnancies in England in 2010: Costs to the National Health Service (NHS). *Contraception*, 87(2), 149–153. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.008>
- Mostafa, T., & Abdel-Hamid, I. A. (2021). Ejaculatory dysfunction in men with diabetes mellitus. *World Journal of Diabetes*, 12(7), 954–974.
<https://doi.org/10.4239/wjd.v12.i7.954>
- Mouzos, J., & Makkai, T. (2004). *Women's Experiences of Male Violence Findings from the Australian Component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS)* Australian Institute of Criminology.
<http://www.aic.gov.au>
- Nusbaum, M. R., & Hamilton, C. D. (2002). *The Proactive Sexual Health History* (Vol. 66, Issue 9).
www.aafp.org/afpAMERICANFAMILYPHYSICIAN1705

- O'Connell, H. E., Eizenberg, N., Rahman, M., & Cleeve, J. (2008). The anatomy of the distal vagina: Towards unity. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1883–1891. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00875.x>
- Oliveira, C., Laja, P., Carvalho, J., Quinta Gomes, A., Vilarinho, S., Janssen, E., & Nobre, P. J. (2014). Predictors of men's sexual response to erotic film stimuli: The role of affect and self-reported thoughts. *Journal of Sexual Medicine*, 11(11), 2701–2708. <https://doi.org/10.1111/jsm.12650>
- Otani, T. (2019). Clinical review of ejaculatory dysfunction. In *Reproductive Medicine and Biology* (Vol. 18, Issue 4, pp. 331–343). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/rmb2.12289>
- Practice, S. &. (2010). *Fundamentals of Nursing*. www.cengage.com/highered
- Prejean, J., Song, R., Hernandez, A., Ziebell, R., Green, T., Walker, F., Lin, L. S., An, Q., Mermin, J., Lansky, A., & Hall, H. I. (2011). Estimated HIV incidence in the United States, 2006-2009. *PLoS ONE*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017502>
- Saleh, R., Majzoub, A., & Abu El-Hamd, M. (2021). An update on the treatment of premature ejaculation: A systematic review. In *Arab Journal of Urology* (Vol. 19, Issue 3, pp. 281–302). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/2090598X.2021.1943273>
- Shigehara, K., Kato, Y., Iijima, M., Kawaguchi, S., Nohara, T., Izumi, K., Kadono, Y., Namiki, M., & Mizokami, A. (2021). Risk Factors Affecting Decreased Libido Among Middle-Aged to Elderly Men; Nocturnal Voiding is an Independent Risk Factor of Decreased Libido. *Sexual Medicine*, 9(5). <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100426>
- Shindel, A. W., Althof, S. E., Carrier, S., Chou, R., McMahon, C. G., Mulhall, J. P., Paduch, D. A., Pastuszak, A. W., Rowland, D., Tapscott, A. H., & Sharlip, I. D. (2022). Disorders of Ejaculation: An AUA/SMSNA Guideline. In *Journal of Urology* (Vol. 207, Issue 3, pp. 504–512). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002392>
- Sonfield, A., Kost, K., Gold, R. B., & Finer, L. B. (2011). The Public Costs of Births Resulting from Unintended Pregnancies: National and State-Level Estimates. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), 94–102. <https://doi.org/10.1363/4309411>
- The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. (2011). Counting it Up: The Public Cost of Teen Childbearing / America's Promise Alliance. <http://americanpromise.org/resource/counting-it-public-cost-teen-childbearing>

The Scottish Executive Health Department, P. H. D. (2005). *Respect and Responsibility Strategy and Action Plan for Improving Sexual Health*. The Scottish Executive Health Department.

Wellings, K., & Johnson, A. M. (2013). Framing sexual health research: Adopting a broader perspective. In *The Lancet* (Vol. 382, Issue 9907, pp. 1759–1762). Elsevier B.V. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62378-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62378-8)

Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S. W., Golin, C. E., & Prinstein, M. J. (2014). Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *Journal of Sex Research*, *51*(7), 731–741. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.843148>

9 STVARNO KAZALO

- A**
- adenohipofiza, 19
 - ADH, 19
 - alfamelanocit stimulirajoči hormon, 27
 - analni orgazem, 23
 - anejakulacija, 29, 30
 - anksiozne motnje, 27
 - anksioznost, 14
 - anorgazmija, 28
 - antidepresivi, 27
- B**
- boleč spolni odnos, 34
 - bulbouretralna žleza, 24
- D**
- debelost, 27
 - depresija, 14, 27, 30
 - deviška kožica, 15
 - dimeljske bezgavke, 16
 - disparevnija, 14
 - dopamin, 27
 - Douglasov prostor, 16
 - duševnega trpljenja, 31
 - duševno zdravje, 14
- E**
- Eeakulacija, 28, 29
 - ekonomska raven, 14
 - endokrine motnje, 30
 - epilepsija, 27, 30
 - erekcija, 28
 - erektilna disfunkcija, 34
 - erotične stimulacije, 27
 - estrogen, 22
- F**
- faza umiritve, 22
 - faza vzburjenja, 22
 - fizične tegobe, 28
 - folikulotropin, 19
- forniks, 15
- FSH, 19
- G**
- genitalne stimulacije, 23
 - gonada, 24
- H**
- heteroseksualne zveze, 28
 - hiperprolaktinemijoa 27
 - hipofiza, 19
 - hipogonadizem, 27
 - hipotalamus, 19
 - HIV, 33, 34
 - hormoni, 22
 - HPV, 34
- I**
- iliakalne arterije, 16
 - inervacija, 18
 - intimna komunikacija, 28
 - intimnost, 28
 - izkušnje, 28
 - izobrazba, 14
- J**
- jajcevod, 15
 - jajčeca, 19
 - jajčnik, 15, 19, 20
- K**
- klitoris, 22
 - klitorisni orgazem, 23
 - klitouretr vaginalni kompleks, 17
 - koronarno bolezen, 27
- L**
- ledvična okvara, 27
 - libido, 31, 34
 - Limfa, 16
 - ljubezen, 31
 - luteotropin, 20
- M**
- male sramne ustnice, 17, 22
 - masturbacija, 23
 - maternica, 15
 - maternična arterija, 16
 - maternična sluznica, 19
 - maternični vrat, 15
 - mons veneris, 16
 - motnje ejakulacije, 29
 - motnje hranjenja, 27
 - možganska kap, 27
 - multiorgazmičnost, 23
- N**
- nadmodek, 24, 25
 - nadsramje, 16
 - negenitalna stimulacija, 23
 - nenadžrtovan nosečnost, 33
 - neploidnost, 27
 - nervus pudendus, 16
 - nevrohipofiza, 19
 - nevropatije, 29
 - nožnica, 15
 - nožnični jarek, 15
 - nožnični preddvor, 15, 17
- O**
- obsečnica, 24
 - oksitocin, 27
 - okužbe, 30
 - orgazem, 22, 23, 28
- P**
- peritonej, 16
 - plato fazo, 22
 - plexus uterovaginalis, 16
 - pomožne spolne žleze, 24
 - postravmatska stresna motnja, 27
 - poškodbe, 28, 30
 - potreba, 31
 - prepričanja, 14
 - presnovni sindrom, 27

prezgodnja ejakulacija, 29
prolaktin, 20, 27
prostata, 30
psihološki dejavniki, 14,
27
psihoterapija, 29
psihoza, 30
pudendalna arterija, 16

R

rakava obolenja, 27
rektovaginalni septum, 16
reprodukcija, 29
reproduktivno zdravje, 31,
34
retrogradna ejakulacija, 29
rutina, 28

S

samopodoba, 30
samozavest, 30
sečni mehur, 16, 30
sečnica, 16, 24
semenčice, 24
semenjak, 24
semenovod, 24
simfiza, 16
sladkorna bolezen, 27
sociokulturni dejavniki, 14
sperma, 24
spermatogeneza, 25
spol, 14
spolna izvodila, 24
spolna usmerjenost, 14, 76
spolne represije, 31

spolni užitek, 23
spolno zadovoljstvo, 23
spolno zdravje, 37
spolni odnos, 23
spolni odgovor, 27
spolni ud, 24
spolna motenja, 27
spolno nasilje, 33
spolno vedenje, 33, 36
spolno poželjenje, 27
spolno prenosljive bolezni,
33
spolna terapija, 29
spolno zadovoljstvo, 14
Spolno zadovoljstvo, 13
spolno zdravje, 13, 31, 32,
38
spolnost, 31
srčno popuščanje, 27
stališča, 14
staranje, 14, 27, 74
strah, 30

Š

ščegetavček, 15, 16, 17
število doseženih
orgazmov, 78
število otrok, 14
število otrok, 76
število spolnih odnosov
mesečno, 77
število spolnih partnerjev,
14, 77

T

testosteron, 27
točka G, 21

U

urogenitalna diafragma, 15

V

vaginalna arterija, 16
vaginalni orgazem, 23
vaginalni venski pleksus,
16
vedenjsko kognitivna
terapija, 29
veliki sramni ustnici, 17
vezikalna arterija, 16
virusni hepatitis, 33
vnetje, 27
vulva, 15
vzburjenost, 22

Z

zaigrani orgazmi, 78
zakonska skupnost, 74
zakonski status, 14
zaupanje, 28
zdraveaspolnost, 23
zdravje, 31
zunanje žensko spolovilo,
16

Ž

želja, 22

10 IMENESKO KAZALO

- A**
- Abdel - Hamid, 30
Abdolyja, 75
Ali, 30
Arcos, 23
Association for Sexual Health, 23
Atkinson, 31, 32
Auslander, 74
- B**
- Bakhshayesh, 77
Bartholinovi žl, 18
Basson, 23
Bernik, 14
Borko, 21
Brotto, 27, 28
- C**
- Centers for Disease Control and Prevention, 33, 34
Chesson, 34
Clair, 34, 37
Clement, 29
Corona, 27
Coskuner, 29
Council, 37
- D**
- Dahmane, 16, 17, 18, 25
Department of Health and Human Services, 32
Dewitte, 27, 28
- E**
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 33
- F**
- Ferreira, 28
Forhan, 34
- G**
- Garcia, 23
Gavrić, 21
Giraldi, 22
Giuliano, 29
Godina, 14
Gošnjak Dahmane, 15
Graziottin, 22
Green, 35, 36
Greenberg, 22
- H**
- Haghani, 74
Hamilton, 37
Health protection agency, 33
Hendersona, 76
Hlebec, 14
- I**
- Institute of Medicine, 35
IsHak, 23
- J**
- Jannini, 17, 22
Ji, 75
Joffe, 23, 24
Johnson, 22
- K**
- Kann, 34
Kaplan, 22
Kasman, 29
Kingston - Riechers, 34
Kinsey, 13, 22
Kirby, 35
Kobe, 16, 17, 25
Komisaruk, 23
Koren, 30
- L**
- Lavie - Ajayi, 23, 24
Leiblum, 34
Levin, 23
Lindau, 34, 37
Lovrec, 21
Lucas, 75
- M**
- Martin, 28
Masters, 22
Mayer, 27, 28
Maynard, 23
Michaels in Giami, 13
Milne, 34
Montejo, 31
Montouchet, 34
Mortazavi, 77
Mostafa, 30
Mouzoz, 33
Murray, 28
- N**
- Nelson, 31, 32
Norling, 75
Nusbaum, 37
- O**
- O'Connell, 17
Oliveira, 28
Otani, 30
Ozkan, 29
- P**
- Pan American Health Organization & World Health Organization, 35
patofiziološki dejavniki, 14
- Kowal, 76
Kralj, 15
Kreuter, 35, 36
Kurki, 34

Pfeirer, 21
Pourmousavija, 75
Prejean, 33, 34

R

Rastrelli, 27, 28
Romero, 23

S

Saleh, 29
Selvin, 34
Shigehara, 27, 28
Shindel, 29
Singer, 34, 37
Singh, 33
Soldati, 27

Syme, 77

T

Tavooni, 74
Tayebe Ziaee, 74
The Kirby Institute, 33
Traish, 22
Trussell, 34

U

United Nations Statistics
Division, 34

V

Vanwesenbeek, 77

Vidanova, 19, 20
Vlaisavljević, 21

W

Waite, 37
Wassersug, 27
Weller, 13
Whipple, 23
Wibowo, 27
Widman, 37
Woods, 31, 32
World Association for
Sexual Health, 34
World health organization,
31

