



Univerza v Novem mestu  
Fakulteta za *zdravstvene vede*

Gabrijela Simetinger

# *Izkušnje s prekinjenim spolnim odnosom v slovenskem prostoru*



02

ZBIRKA ZDRAVSTVENE VEDE  
UČBENIKI IN MONOGRAFIJE

2026



Univerza v Novem mestu  
Fakulteta za *zdravstvene vede*

Gabrijela Simetinger

Izkušnje s prekinjenim spolnim odnosom v  
slovenskem prostoru  
Med tradicijo in sodobnostjo

Novo mesto, 2026

Zbirka **ZDRAVSTVENE VEDE** – učbeniki in monografije  
Knjiga 2

**dr. Gabrijela Simetinger**  
**IZKUŠNJE S PREKINJENIM SPOLNIM ODNOSOM V SLOVENSKEM PROSTORU**  
**Med tradicijo in sodobnostjo**  
Znanstvena monografija

***Izdajatelj***

Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede

***Založnik***

Založba Univerze v Novem mestu

***Recenzentki***

Prof. Bojana Pinter  
Izr. prof. Mojca Urek

***Jezikovni pregled***

Tamara Es

***Tehnično uredila***

Anita Rován

***Izdaja***

1. elektronska izdaja

***Dostopno na***

<https://www.zalozba-unm.si/index.php/press/catalog/book/101>

***Cena***

Brezplačna publikacija

***Izdano***

Novo mesto, 2026



*To delo je ponujeno pod licenco Creative Commons Priznanje avtorstva - Deljenje pod enakimi pogoji 4.0 Mednarodna licenca. / This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Share like 4.0 International License.*

Katalogni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani  
COBISS.SI-ID [277901827](#)  
ISBN 978-961-7269-09-3 (PDF)

## **PREDGOVOR**

Monografija, ki je pred vami, je nastajala več let in izhaja iz potrebe po razumevanju prakse, ki je hkrati zelo osebna in močno vpeta v družbeni prostor. Prekinjen spolni odnos je ena tistih tem, o katerih vsi nekaj vemo, a o njej redko govorimo odkrito, še redkeje pa jo poglobljeno raziskujemo. Prav ta razkorak med razširjenostjo prakse in molkom, ki jo obdaja, je bil eno od izhodišč mojega raziskovalnega dela.

Monografija je namenjena tako strokovni kot laični javnosti. Združuje podatke iz dveh raziskovalnih obdobij. Prvi del temelji na empiričnem gradivu, zbranem v okviru moje doktorske disertacije, drugi del pa predstavlja njeno nadgradnjo, v kateri sem se ponovno vrnila k nekaterim stališčem in prepričanjem, ki so se v prvem raziskovalnem obdobju pokazala kot posebej pomembna. Ta časovna distanca mi je omogočila bolj poglobljen in reflektiran pogled na temo ter njeno umeščenost v sodobni slovenski prostor.

Osrednje vprašanje raziskave je bilo, zakaj je prekinjen spolni odnos kot tradicionalna metoda kontracepcije kljub številnim sodobnim, varnejšim in učinkovitejšim oblikam kontracepcije še vedno tako močno zakoreninjen v našem prostoru. Poseben poudarek sem namenila vprašanju, kako ta praksa vpliva na spolnost žensk in ali jo lahko razumemo kot del specifične seksualne kulture. Raziskava se je dotaknila tudi drugih kontracepcijskih metod ter njihovega vpliva na doživljanje spolnosti, saj kontracepcija ni zgolj tehnično vprašanje preprečevanja nosečnosti, temveč pomembno oblikuje intimne odnose, telesno izkušnjo in občutek varnosti.

Namen mojega raziskovalnega dela ni bil zgolj zbrati in analizirati podatke, temveč predvsem odpreti prostor za razpravo o prekinjenem spolnem odnosu in razširiti diskurz o tradicionalni metodi kontracepcije, o kateri se presenetljivo malo govori, čeprav je v različnih oblikah poznana skoraj vsem. V tem smislu monografija ni le raziskovalno poročilo, temveč tudi povabilo k razmisleku o temah, ki jih pogosto potiskamo v zasebnost ali obravnavamo v tišini.

Ob pogledu na celoto raziskave me je najbolj presunila ugotovitev, da kontracepcija za ženske predstavlja temeljno, skoraj bazalno potrebo, ki pogosto presega svetovnonazorske poglede in verska prepričanja. Kontracepcija ženskam omogoča avtonomijo, občutek varnosti ter zavedanje, da jih neželena nosečnost lahko telesno in psihično resno ogrozi ter vpliva na kakovost njihovega življenja. Izbira konkretne oblike kontracepcije pa se nato umešča v polje osebnih prepričanj, vrednot in pogledov na svet. Raziskava je glede prakse prekinjenega spolnega odnosa razkrila dva prevladujoča diskurza: prvega, ki njegovo rabo razume kot posledico tradicionalne, restriktivne seksualne kulture, in drugega, ki jo razume kot izraz pogleda na kontracepcijo in spolnost kot nekaj naravnega.

Ob koncu se iskreno zahvaljujem vsem ženskam, ki so z zaupanjem in pogumom delile svoje intimne izkušnje ter s tem omogočile nastanek te raziskave. Posebna zahvala gre tudi ginekologom, ki so mi pomagali pri pridobivanju udeleženk, ter mojim mentoricam in učiteljicam, prof. dr. Vesni Leskošek, prof. dr. Alenki Švab in prof. dr. Karmen Erjavec, za strokovno podporo, dragocene usmeritve in dolgoletno spodbudo pri mojem raziskovalnem delu.

Gabrijela Simetinger  
Ljubljana, januar 2026

## ***Spremna beseda recenzentke***

Monografija dr. Gabrijele Simetinger *Izkušnje s prekinjenim spolnim odnosom v slovenskem prostoru: med tradicijo in sodobnostjo* predstavlja pomemben in izviren znanstveni prispevek k razumevanju kontracepcije kot družbenega, kulturnega in spolno-zdravstvenega pojava. Avtorica se loteva teme, ki je v vsakdanji praksi razširjena, v strokovnem in raziskovalnem prostoru pa presenetljivo redko poglobljeno obravnavana.

Posebna vrednost monografije je v njenem interdisciplinarnem pristopu. Avtorica uspešno povezuje medicinski pogled na kontracepcijo z družboslovnimi in feminističnimi teoretskimi okviri ter s tem presega ozko biomedicinsko razumevanje spolnega in reproduktivnega zdravja. Prekinjen spolni odnos v delu ni obravnavan zgolj kot tehnično neučinkovita metoda preprečevanja nosečnosti, temveč kot kompleksna spolna in partnerska praksa, vpeta v razmerja moči, spolne norme, kulturne predstave in zgodovinske kontinuitete.

Empirični del, ki temelji na poglobljenih intervjujih z ženskami različnih generacij, prinaša dragocen vpogled v subjektivna doživljanja kontracepcije, spolnosti in telesne avtonomije. Avtorica občutljivo in analitično prepričljivo povezuje osebne izkušnje z družbenimi strukturami, pri čemer ostaja metodološko dosledna in reflektirana. Delo tako pomembno prispeva k razumevanju, da formalna dostopnost kontracepcije še ne pomeni nujno tudi dejanske spolne svobode in enakosti.

Monografija bo zanimiva in koristna za širok krog bralcev: za strokovnjake in strokovnjakinje s področja zdravstvene nege in babištva, ginekologije in porodništva, javnega zdravja in spolne medicine, pa tudi za raziskovalce na področju sociologije, antropologije in študij spolov. Hkrati odpira prostor za razmislek o vsakdanjih spolnih praksah, o katerih se pogosto govori premalo ali preveč poenostavljeno.

Delo dr. Gabrijele Simetinger predstavlja pomemben prispevek k slovenski znanstveni literaturi na področju reproduktivnega in spolnega zdravja ter spodbuja nujno potreben dialog med medicino in družboslovjem.

Prof. dr. Bojana Pinter, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, višja svetnica  
recenzentka

# KAZALO

|          |                                                                                                            |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>UVOD .....</b>                                                                                          | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>TEORETIČNA IZHODIŠČA RAZISKAVE .....</b>                                                                | <b>5</b>  |
| 2.1      | KONTRACEPCIJA .....                                                                                        | 5         |
| 2.1.1    | <i>Medicinska konstrukcija kontracepcije .....</i>                                                         | 6         |
| 2.1.2    | <i>Družbena konstrukcija kontracepcije .....</i>                                                           | 10        |
| 2.1.3    | <i>Zgodovina kontracepcije v Sloveniji .....</i>                                                           | 15        |
| 2.2      | PREKINJEN SPOLNI ODNOS KOT OBLIKA KONTRACEPCIJE.....                                                       | 16        |
| 2.2.1    | <i>Definicija in uporabnost prekinjenega spolnega odnosa kot oblika kontracepcije.....</i>                 | 16        |
| 2.2.2    | <i>Prakse prekinjenega spolnega odnosa v zgodovini kontracepcije .....</i>                                 | 20        |
| 2.2.3    | <i>Zgodovina prakse prekinjenega spolnega odnosa kot kontracepcije v Sloveniji in današnje stanje.....</i> | 23        |
| 2.2.4    | <i>Pogled na metodo z vidika različnih družboslovnih in naravoslovnih ved .....</i>                        | 27        |
| 2.2.5    | <i>Praksa prekinjenega spolnega odnosa kot način spolnosti.....</i>                                        | 30        |
| 2.2.6    | <i>Feministični pogled na prakso prekinjenega odnosa .....</i>                                             | 31        |
| 2.2.7    | <i>Pogled Rimskokatoliške cerkve na prakso prekinjenega spolnega odnosa danes.....</i>                     | 32        |
| 2.2.8    | <i>Umestitev prekinjenega spolnega odnosa v slovenski medicini danes .....</i>                             | 33        |
| 2.3      | SPREMEMBA SEKSUALNE KULTURE V POZNI MODERNOSTI.....                                                        | 35        |
| 2.3.1    | <i>Restriktivna seksualna kultura .....</i>                                                                | 36        |
| 2.3.2    | <i>Permisivna seksualna kultura.....</i>                                                                   | 38        |
| 2.4      | DISKURZ NARAVNEGA V MODERNIH ZAHODNIH DRUŽBAH .....                                                        | 42        |
| 2.4.1    | <i>Spolnost kot nekaj naravnega.....</i>                                                                   | 43        |
| 2.4.2    | <i>»Naraven« spolni odnos.....</i>                                                                         | 44        |
| 2.4.3    | <i>Pogled na kontracepcijo skozi diskurz naravnega.....</i>                                                | 46        |
| 2.4.4    | <i>Diskurz naravnega znotraj Rimskokatoliške cerkve .....</i>                                              | 46        |
| 2.4.5    | <i>»Biomaniija« in »biomaničnost«.....</i>                                                                 | 47        |
| 2.4.6    | <i>Praksa prekinjenega spolnega odnosa in diskurz naravnega .....</i>                                      | 48        |
| <b>3</b> | <b>METODA .....</b>                                                                                        | <b>49</b> |
| 3.1      | ZASNOVA IN IZVEDBA POLSTRUKTURIRANIH INTERVJUJEV.....                                                      | 49        |
| 3.2      | IZVEDBA INTERVJUJEV, ETIČNA VPRAŠANJA IN RAZISKOVALNA REFLEKSIJA .....                                     | 52        |
| 3.3      | ANALIZA PODATKOV.....                                                                                      | 53        |
| <b>4</b> | <b>REZULTATI IN INTERPRETACIJA .....</b>                                                                   | <b>56</b> |
| 4.1      | DEMOGRAFSKA ANALIZA.....                                                                                   | 56        |
| 4.2      | UVODNA KONCEPTUALIZACIJA: ŠTUDIJE PRIMEROV KOT METODOLOŠKO IN ANALITIČNO IZHODIŠČE.....                    | 57        |
| 4.3      | KONTRACEPCIJSKE PRAKSE .....                                                                               | 64        |
| 4.4      | VPLIV KONTRACEPCIJE NA SPOLNOST.....                                                                       | 79        |
| 4.5      | PREKINJEN SPOLNI ODNOS .....                                                                               | 85        |
| 4.6      | SPOLNE PRAKSE.....                                                                                         | 91        |
| 4.7      | ŽENSKOST IN SPOLNA ŽELJA .....                                                                             | 99        |

|          |                                          |            |
|----------|------------------------------------------|------------|
| 4.8      | MNENJE O LASTNEM SPOLNEM ŽIVLJENJU ..... | 105        |
| <b>5</b> | <b>RAZPRAVA .....</b>                    | <b>109</b> |
| <b>6</b> | <b>SKLEPNE MISLI .....</b>               | <b>112</b> |
| <b>7</b> | <b>LITERATURA.....</b>                   | <b>113</b> |

## **KAZALO TABEL**

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1: <i>Ženske, razvrščene po starostnih skupinah</i> ..... | 57 |
|------------------------------------------------------------------|----|



# 1 UVOD

V praksi se kot ginekologinja vsakodnevno srečujem z ženskami, ki prihajajo v bolnišnico na umetno prekinitev nosečnosti. Na vprašanje, kako so zanosile, pogosto odgovorijo, da je partner »pazil«. To pomeni, da sta za zaščito pred neželeno nosečnostjo uporabila prekinjen spolni odnos. Sprašujem se, ali prekinjen spolni odnos negativno vpliva na reproduktivno zdravje žensk. V *Reproductive Health Report* so avtorji razpravljali o tem, ali je visoka uporaba prekinjenega spolnega odnosa odraz slabega spolnega zdravja (Oliveira da Silva, 2011, str. 52–65).

Leta 2012, ko sem začela z raziskavo, je bilo opravljenih 654 splavov zaradi prekinjenega spolnega odnosa, kar je predstavljalo 15,9 % od vseh 4106 splavov (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije [IVZ RS], 2012). V preteklih letih je bil trend podoben, največ splavov je bilo opravljenih zaradi prekinjenega spolnega odnosa (IVZ RS, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012). Ta trend se je nadaljeval tudi v letih 2013–2021, nato pa je število zanositev pri uporabi prekinjenega spolnega odnosa začelo upadati (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2022). Leta 2022 se je prvič zgodilo, da je več žensk, ki so prišle na splav, zanosilo ob uporabi kondoma kot prekinjenega spolnega odnosa. Tako je leta 2022 312 žensk (10,4 %) od skupno 2996 žensk, ki so prišle na umetno prekinitev nosečnosti, uporabilo kondom, 257 žensk (8,6 %) pa prekinjen spolni odnos kot obliko kontracepcije, medtem ko 2097 žensk (70 %) ni uporabilo nobene kontracepcije (NIJZ, 2024). V Združenih državah Amerike prekinjen spolni odnos ocenjujejo kot eno najdražjih metod kontracepcije prav zaradi številnih zanositev pri uporabi te metode (Oliveira da Silva, 2011; Shoupe in Kjos, 2006, str. 11).

Prekinjen spolni odnos je v Sloveniji še vedno zelo razširjena oblika kontracepcije. Po podatkih iz nacionalnega poročila *Rodnostno vedenje Slovencev* leta 1996 (Kožuh-Novak idr., 1998, str. 57) je prekinjen spolni odnos kot obliko kontracepcije uporabljalo 15,6 % uporabnikov, več jih je uporabljalo le hormonsko kontracepcijo (32,4 %). Raziskava *Spolno življenje v Sloveniji* o razširjenosti prekinjenega spolnega odnosa kaže, da je slabi dve tretjini moških in žensk uporabilo prekinjen spolni odnos pri prvem spolnem odnosu (Bernik in Klavs, 2011, str. 142). Iz podatkov, objavljenih v poročilu *EU Reproductive Health Report* iz leta 2011 pred začetkom naše raziskave, je razvidno, da je bil takrat v Estoniji prekinjen spolni odnos najbolj uporabljena metoda kontracepcije v 24,3 %, medtem ko je bila v Franciji po obstoječih podatkih najnižja (0,7 %). V tem poročilu je navedeno, da se je v Sloveniji prekinjen spolni odnos kot metoda kontracepcije uporabljal v 13,1 %. Za Švedsko, Nizozemsko in Veliko Britanijo podatki o uporabi prekinjenega spolnega odnosa niso bili na voljo, vendar lahko glede na visok odstotek skupne uporabe drugih metod kontracepcije ocenimo, da je bil takrat v teh državah redek, kar kaže na visoko informiranost in ozaveščenost žensk (Oliveira da Silva, 2011, str. 52–65). Ena četrтина žensk in moških, starih 15–49 let, ki ne načrtujejo nosečnosti, je po podatkih *Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu* iz leta 2019 v Sloveniji pri zadnjem spolnem odnosu uporabila kondom (25 %), 21 % hormonsko kontracepcijo, 8 % maternični vložek, 14 % prekinjen spolni odnos, 4 % naravne metode oziroma metode opazovanja plodnosti, 2 % druge metode, 3 % pa jih je bilo steriliziranih (Krotec idr., 2024). Ti podatki kažejo, da je uporaba prekinjenega spolnega odnosa v Sloveniji še vedno zelo razširjena.

Na svetu prekinjen spolni odnos, kot obliko kontracepcije še vedno uporablja 53 milijonov žensk v reproduktivnem obdobju (15–49 let), kar predstavlja 5,7 % (United Nations, 2022). Od leta 1995 do 2020 se je delež uporabe tradicionalnih metod globalno zmanjšal s 13 % na 10 %. Največji padec, s 13 % na 9 %, je bil zaznan prav pri prekinjenem spolnem odnosu v Evropi in Severni Ameriki, kar pripisujejo prehodu na uporabo sodobnih metod v vzhodni Evropi (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022). Prekinjen spolni odnos je v Evropi po podatkih World Health Organization, takoj za severno Afriko in zahodno Azijo, še vedno zelo razširjena metoda, bolj kot v preostalem svetu (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2022, str. 20).

V Franciji je uporaba sodobne kontracepcije še vedno najvišja v primerjavi z drugimi evropskimi državami, saj jo uporablja 64 % žensk, starih od 15 do 49 let, medtem ko jo v Sloveniji uporablja 44 % žensk (Global Contraception Policy Atlas, 2025). Novejših podatkov o uporabi prekinjenega spolnega odnosa na evropskih spletnih bazah nisem uspela pridobiti, saj so tam objavljeni predvsem podatki o sodobnih metodah kontracepcije (Abort report, b. d.; Global Contraception Policy Atlas, 2025; World Health Organization, b. d.) in se prekinjenemu spolnemu odnosu sploh ne posveča pozornosti.

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje število splavov v Sloveniji od leta 1982 upada. V obdobju od 2013 do 2022 je stopnja dovoljenih splavov upadla z 8,7 na 7,1 na 1000 žensk, starih med 15 in 49 let (NIJZ, 2022).

Po podatkih o številu splavov je bila Slovenija leta 2008 z 10,2 splava na 1000 žensk približno na sredini med državami EU in po številu splavov nekoliko nad evropskim povprečjem, ki znaša 10 splavov na 1000 žensk (Oliveira da Silva, 2011, str. 115–116). Bivša Jugoslavija je v tem poročilu omenjena kot ena prvih držav v Evropi, ki je že leta 1952 dovolila splav pod določenimi pogoji ter leta 1974 z Ustavo SFRJ opredelila splav na željo ženske kot eno temeljnih človekovih pravic (Oliveira da Silva, 2011, str. 109). Po zadnjih podatkih iz leta 2023 je danes Slovenija s 7 splavi na 1000 žensk na 5. mestu med državami EU, pred njo so Češka (3), Italija (5), Litva (5) in Romunija (6) (Abort report, b. d.). Pri tem so ob Češki, Litvi in Romuniji dodane zvezdice, kar pomeni, da podatki za te države niso zanesljivi.

Pričujoča monografija obravnava prakso prekinjenega spolnega odnosa kot družbeno in kulturno pomenljivo kontracepcijsko prakso, ki presega okvir zgolj tehničnega preprečevanja nosečnosti. Izhaja iz družbeno-konstruktivistične perspektive, zlasti iz teorije seksualnih scenarijev (Simon in Gagnon, 1984, 1998, 2003, 2009), ki seksualnost razume kot zgodovinsko, kulturno in diskurzivno oblikovan fenomen. V tem okviru seksualnost ni pojmovana kot naravna ali univerzalna danost, temveč kot področje, v katerem se prepletajo družbene norme, medicinski diskurzi, razmerja moči ter kulturne interpretacije telesa, spolnosti in reprodukcije.

Analiza prakse prekinjenega spolnega odnosa zahteva širši sociološki in kulturni pogled, saj se v tej praksi zrcalijo temeljna razmerja med spoloma, delitev odgovornosti za kontracepcijo ter načini regulacije seksualnosti in reprodukcije. Monografija zato obravnava vlogo medicine, procesov medikalizacije in normalizacije ter institucionalnih in ideoloških mehanizmov, ki oblikujejo razumevanje spolnosti in kontracepcije. Posebna pozornost je namenjena analizi razmerij moči, skozi katera se vzpostavljajo hierarhije spolnosti in reproduktivne odgovornosti (Foucault, 1973, 2000, 2004).

Glede na to, da prekinjen spolni odnos (kljub številnim alternativam) še vedno igra pomembno vlogo pri kontracepciji, razlogi za uporabo te metode očitno ne izhajajo iz medicinske doktrine, naravnih danosti ali pomanjkanja znanja in razvoja na področju farmakologije in drugih vej medicine, temveč iz družbenih, kulturnih in religioznih vzorcev, odnosov moči, pričakovanj, prepričanj in predstav o naravni spolnosti. Te oblike vedenja oblikujejo različni družbeni akterji in odnosi, od Rimskokatoliške cerkve do novodobnega diskurza naravnega. Najbolj prepričljivo razlago in orodje za dekonstrukcijo teh družbeno oblikovanih razmerij ponuja feministična teorija. Tako kot številni drugi fenomeni v medicini, je tudi prekinjen spolni odnos kot tip vedenja razložljiv – kot celotna medicinska stroka, ki se ukvarja z javnim zdravjem, z družboslovnimi metodami.

Zaradi zgoraj omenjenega pri obravnavi kontracepcije, zlasti prakse prekinjenega spolnega odnosa, monografija izhaja iz feministične perspektive. Ta omogoča razumevanje načinov, kako so ženska seksualnost, reproduktivna vloga in odgovornost za preprečevanje nosečnosti družbeno konstruirane in normativno regulirane. Osrednje izhodišče monografije je, da prekinjen spolni odnos kot kontracepcijska praksa ne deluje zgolj kot individualna izbira ali tehnična metoda, temveč kot družbeni mehanizem, ki prispeva k reprodukciji tradicionalnih predstav o ženski seksualnosti kot pasivni, reproduktivno usmerjeni in podrejeni moški spolni želji ter nadzoru, medtem ko se moška seksualnost pogosteje povezuje z željo, aktivnostjo in užitkom.

Na začetku je zato smiselno pojasniti terminologijo, ker v Sloveniji ne obstaja enotna in ustaljena raba pojmov s področja seksualnosti in spolnosti. Terminologija, uporabljena v nalogi, je povzeta po Švab (2010), kjer se pridevnik *seksualno* navezuje na družbene aktivnosti, ki so povezane s spolom, *spolno* pa na vse dejavnosti, povezane z biološkim spolom in s spolnimi organi ter Bernik idr. (2018, str. 107), kjer se angleška beseda *sexual* prevaja v seksualno. Po tej privzeti terminologiji so v monografiji imenovane seksualne kulture. Lešnik povezuje »pridevnik *spolni* tako, da se nanaša na spol in seksualni tako, da se nanaša na seks« (2005, str. 289). To razloži z nastankom razlike med angleškima besedama *gender* in *sex*, ki je nastala v feministični teoriji v 70. letih prejšnjega stoletja in je še danes uporabljena v tem diskurzu za razlikovanje med 'družbenim' spolom (angl. *gender*, izvirno slovnični spolom) ter 'biološkim' spolom (angl. *sex*). »Po tej teoriji je spol vedno že družbeni konstrukt, kar beseda *sex* prikrije oziroma reducira na nekaj univerzalnega, 'naravnega'« (Lešnik, 2005, str. 289).

Pričujoča monografija izhaja iz interdisciplinarne obravnave prekinjenega spolnega odnosa, saj področje presega okvire posameznih znanstvenih disciplin. V analizo so zato vključeni vidiki družboslovja, humanistike, medicine, psihologije in drugih sorodnih področij, ki skupaj omogočajo celovitejše razumevanje obravnavane tematike. Takšen pristop upošteva kompleksnost individualnih izkušenj, družbenih norm, kulturnih kontekstov ter strokovnih praks, ki oblikujejo razumevanje in doživljanje seksualnosti in spolnosti v sodobni družbi.

Namen monografije je poglobljeno analizirati prekinjen spolni odnos kot družbeno in kulturno pomembno kontracepcijsko prakso, ki presega zgolj tehnično funkcijo preprečevanja nosečnosti. Raziskava izhaja iz družbeno-konstruktivističnih in feminističnih teoretskih izhodišč ter se osredotoča na razumevanje kontracepcije v povezavi z regulacijo ženskega telesa, seksualnosti in reproduktivne odgovornosti. Empirični del raziskave je usmerjen v analizo subjektivnih doživljanj in pomenov, ki jih ženske pripisujejo kontracepciji in lastni seksualnosti, ter v preverjanje sprememb teh pogledov skozi daljše časovno obdobje.

Cilji raziskave so:

- analizirati družbeno in medicinsko konstrukcijo kontracepcije s poudarkom na prekinjenem spolnem odnosu;
- raziskati pomene, ki jih ženske pripisujejo kontracepcijskim praksam in njihov vpliv na doživljanje seksualnosti;
- preučiti vlogo prekinjenega spolnega odnosa pri oblikovanju spolnih norm in razmerij moči v partnerskih odnosih;
- identificirati vpliv družbenih, kulturnih in institucionalnih diskurzov na kontracepcijske izbire žensk;
- primerjalno ovrednotiti kontinuitete in spremembe v pogledih na kontracepcijo in seksualnost skozi daljše časovno obdobje.

Monografija je strukturirana v vsebinsko povezane sklope, ki združujejo teoretično analizo in empirične vpoglede. Teoretični del obravnava družbeno konstrukcijo seksualnosti in kontracepcije skozi različna disciplinarna polja, vključno s seksologijo, spolno medicino, sociologijo seksualnosti, feministično teorijo in analizo diskurzov seksualnosti. Poseben poudarek je namenjen zgodovinskemu razvoju kontracepcije, praksi prekinjenega spolnega odnosa ter vlogi religioznih in medicinskih institucij pri regulaciji spolnosti in reprodukcije. Empirični del monografije osvetljuje sodobne prakse in načine doživljanja seksualnosti ter rabo kontracepcije v slovenskem prostoru, pri čemer je poseben poudarek namenjen perspektivam in izkušnjam žensk.

Sklepna poglavja monografije povezujejo teoretske in empirične uvide ter prakso prekinjenega spolnega odnosa umeščajo v širši kontekst sodobnih seksualnih kultur, družbenih neenakosti in mehanizmov regulacije seksualnosti. Monografija s tem prispeva k poglobljenemu razumevanju kontracepcije kot družbenega in kulturnega fenomena ter odpira prostor za kritično refleksijo prevladujočih norm in praks na področju spolnosti in reprodukcije.

## 2 TEORETIČNA IZHODIŠČA RAZISKAVE

V tem poglavju so predstavljena temeljna teoretična izhodišča, ki omogočajo razumevanje seksualnosti in spolnosti kot kompleksnih, večdimenzionalnih pojavov. Obravnava izhaja iz interdisciplinarnega pristopa ter vključuje družbene, kulturne, psihološke in zdravstvene perspektive, ki prispevajo k celovitejši interpretaciji empiričnih ugotovitev v nadaljevanju monografije.

### 2.1 Kontracepcija

*Ne glede na poglede, ki jih imamo na splav, se vsi strinjamo, da v idealnem svetu splav ne bi obstajal – ne zato, ker bi bil prepovedan, temveč zato, ker je nepotreben in ker se mu je v večini primerov mogoče izogniti. Naš cilj mora biti čim manj splavov. In najboljši način za to je izogibanje neželenim nosečnostim s ponudbo dostopne in cenovno ugodne kontracepcije ter spolne vzgoje mladim (tudi v šolah) (Council of Europe, 2008, v The European Society of Contraception and Reproductive Health 2011, str. S55).*

V tem poglavju obravnavam položaj in pomen kontracepcije znotraj kulture in družbe ter njen vpliv na spolnost človeka. Pri tem se osredotočam na ožji medicinski diskurz o kontracepciji, to je na medicinske in javnozdravstvene vidike kontracepcije znotraj širšega družbenega pogleda v smislu regulacije in kritične družbene analize kontracepcije kot oblike družbene regulacije in nadzora reprodukcije in hkrati celotne človeške seksualnosti. V 18. stoletju je medicina od Cerkve pridobila nadzor nad obvladovanjem telesa in moč poseganja vanj, v drugi polovici prejšnjega stoletja pa še nadzor nad regulacijo reprodukcije (Foucault, 1973). Sodobna medicina je z razvojem učinkovitih kontracepcijskih metod dokončno omogočila ločitev seksualnosti od reprodukcije. Z večjim nadzorom nad telesom in njegovimi reproduktivnimi zmožnostmi je začela posegati tudi v regulacijo človeške seksualnosti (Foucault, 2000). Regulacija reprodukcije s pomočjo kontracepcije nikoli ni zgolj vprašanje medicinske stroke, temveč je tesno povezana z družbeno ureditvijo in mehanizmi družbenega nadzora. Sociološke kritike medicinskega razumevanja kontracepcije poudarjajo, da kontracepcija ni le zdravstveni ukrep, temveč družbeni fenomen, ki predstavlja obliko medicinskega nadzora ter eno izmed praks biopolitike (Foucault, 1973).

V sodobnem času prevladujoči medicinski diskurz promovira moderne kontracepcijske metode, ki so poleg ločitve reprodukcije od seksualnosti pomembno vplivale tudi na preoblikovanje seksualne kulture. Posledično se je spremenil način govorjenja o človeški spolnosti, kar je prispevalo k razbijanju molka o intimnosti, ki je prevladoval še v prvi polovici 20. stoletja (Szreter in Fisher, 2010).

Pri nastajanju monografije se je pokazalo, da raziskovanje družbenih vidikov kontracepcije za raziskovalce v Sloveniji danes glede na družbene razmere več ne velja za aktualno raziskovalno temo. Kontracepcija je namreč splošno prepoznana kot pozitivna in družbeno sprejeta praksa. Po temeljitnem pregledu literature je bilo o družbenih učinkih kontracepcije v Sloveniji največ napisanega v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja. V zadnjih letih se v mednarodnem raziskovalnem prostoru vse več pozornosti

namenja preučevanju družbenih norm, ki jih običajno razumemo kot »široko razširjena prepričanja in skupne prakse znotraj določene družbene skupine« (Herbert, 2015; Costenbader idr., 2017; Agha idr., 2021). V zadnjem času se pojavljajo tudi raziskave, ki pri obravnavi kontracepcije upoštevajo širše socialne dejavnike ter njihov vpliv na spolnost (Higgins in Smith, 2016).

V zaključku poglavja bom predstavila še zgodovinski razvoj kontracepcije v Sloveniji, za katerega je bila do konca osemdesetih let 20. stoletja značilna izrazita naklonjenost tako politike kot družbe do sodobnih in varnih kontracepcijskih metod. Današnja široka dostopnost varnih oblik kontracepcije je posledica takratnih politik, prav tako pa tudi dejstvo, da so v Sloveniji danes vse moderne kontracepcijske metode, razen mehanskih, brezplačne. V tem kontekstu je razširjena uporaba prekinjenega spolnega odnosa kot kontracepcijske metode težko razumljiva.

### **2.1.1 Medicinska konstrukcija kontracepcije**

Oblike in raba kontracepcije so se skozi zgodovino bistveno spreminjale, pri čemer so bile prakse tesno povezane s položajem ženske znotraj družbenega, kulturnega in političnega sistema. Že v antični Grčiji so poznali številne oblike kontracepcije, pri čemer je bil dovoljen celo detomor (Ranke-Heinemann, 1992). V srednjem veku je z zatiranjem in preganjanjem tako imenovanih modrih žensk in babic prišlo do izginjanja znanja o rastlinah s kontraceptivnim učinkom, ki so jih ženske v preteklosti uporabljale tako za preprečevanje zanositve kot za sprožanje splava (Heinsohn in Steiger, 1993). V tem obdobju je prekinjen spolni odnos postal najbolj razširjena in uporabljana kontracepcijska metoda (Flandrin, 1986), s čimer se je odgovornost za preprečevanje nosečnosti začasno prenesla z žensk na moške. Z razvojem sodobnih kontracepcijskih metod, zlasti z uvedbo kontracepcijske tablete, ter s seksualno revolucijo so ženske ponovno pridobile večji nadzor nad lastnim telesom in reproduktivnimi odločitvami.

Medicina danes kontracepcijske metode razvršča na moderne in tradicionalne. Med moderne metode sodijo kontracepcijske tablete, maternični vložek, injekcije, vsadki, vaginalni obroček, ženska in moška sterilizacija, kondom ter lokalna kontracepcijska sredstva, kot so pene, diafragma in geli. Med tradicionalne metode pa uvrščamo dojenje, naravne metode in prekinjen spolni odnos (The European Society of Contraception and Reproductive Health, 2011, str. S9; Takač in Geršak, 2016). Med tradicionalnimi in sodobnimi kontracepcijskimi metodami obstaja še ena ključna razlika: pri uporabi starih, tradicionalnih metod je ženska odvisna od sodelovanja partnerja, medtem ko ji sodobne, moderne metode omogočajo, da ureja in nadzoruje svojo reprodukcijo tudi brez njegove privolitve. Boh (1975, str. 66) je ob razvoju prvih kontracepcijskih tablet v 70. letih izpostavila ta vidik in poudarila, da je to ženskam zagotovilo pomembno avtonomijo nad lastnim telesom.

Še preden je medicina v zadnjem stoletju v celoti prevzela nadzor nad telesom in zdravjem, so v preteklosti delovali zdravniki, ki so se ukvarjali s kontracepcijo. Eden najbolj znanih in vplivnih avtorjev s področja ginekologije in kontracepcije je bil Soranus, zdravnik iz Efeza, ki je deloval v Rimu v začetku 2. stoletja (Ranke-Heinemann, 1992, str. 70). Že takrat je v svoji knjigi *Ginekologija* zagovarjal, da je kontracepcija boljša od splava (Ranke-Heinemann, 1992, str. 73).

Razlogov za uporabo kontracepcije in za zmanjšanje števila splavov je po medicinski doktrini več. Pomen kontracepcije je po medicinskem pristopu utemeljen s statistično obdelavo verjetnosti posameznih zapletov, opisom vrst zapletov po kliničnih znakih in diagnozah ter prikazom pojavov, ki spremljajo posamezna klinična stanja. Na ta način je razložena tudi najhujša posledica nosečnosti,

poroda in splava ter uporabe kontracepcije – smrt. Medicina poudarja, da je nosečnost fiziološki proces, pri katerem je verjetnost smrti med porodom približno 1 na 10.000 porodov (Cunningham, 2001, str. 1581). S statističnimi izračuni tveganja za smrt je določena tudi materinska umrljivost<sup>1</sup>, ki je danes pomemben pokazatelj razvoja neke države. Podatki o maternalni umrljivosti se v Sloveniji skrbno zbirajo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Na isti način se vrednotijo tudi legalno in strokovno opravljeni splavi<sup>2</sup>. Pri legalni umetni prekinitvi nosečnosti (kirurški ali medikamentozni) umrljivost običajno ni glavni problem, zato se medicina osredotoča predvsem na možne zaplete, ki jih deli na zgodnje in pozne. Zgodnji zapleti so povezani z anestezijo, poškodbami maternice, izgubo krvi in infekcijo, medtem ko so pozni zapleti posledice infekcij, krvavitve, bolečine v trebuhu ali križu, popuščanje materničnega vratu v naslednjih nosečnostih ali izvenmaternične nosečnosti (Cason idr., 2025; Takač in Geršak, 2016). Na podoben način medicina ocenjuje tudi sodobne metode kontracepcije.

Poleg medicinskih tveganj, ki jih lahko prinese splav, se lahko pri ženski pojavijo tudi večinoma kratkotrajne psihološke posledice, kot sta tesnoba in nelagodje, ki sta povezani z moralno-etičnimi vidiki, verskim prepričanjem ali drugimi razlogi, kar sta povsem normalna odziva (Cason idr., 2025). Rimskokatoliška cerkev pogosto poskuša psihološke posledice splava prikazati kot ključne (Müller 2006; Zavod Živim, b. d.), prav tako nekateri zakonski svetovalci in psihoterapevti obravnavajo ženske zaradi domnevnih psiholoških težav po umetni prekinitvi nosečnosti (Psihološke posledice ..., 2025), vendar z dokazi podprta medicina ni pokazala, da bi pri ženskah po splavu nastajale trajne psihološke posledice (Cason idr., 2025, str. 749; Herd idr., 2016). Psihološke težave so bile dokazano prisotne predvsem pri ženskah, ki so rodile po neželjeni nosečnosti (Wiebe in Faucher, 2014).

Ideološka podpora medicine temelji na biološkem razumevanju telesa in njegovih funkcij. Zanesljive metode kontracepcije temeljijo na treh pristopih: endokrinološkem<sup>3</sup>, patofiziološkem<sup>4</sup> in tehničnem<sup>5</sup>.

Medicinska konstrukcija kontracepcije se opira na biološko determinirana dejstva, pri katerih preprečevanje zanositve temelji na enem ali več znanstveno dokazanih mehanizmih. Ta dejstva so: mehanska ali kemijska ovira med spermijem in jajčecem, blokada ovulacije, sprememba sluznice v maternični votlini ter sprememba sluzi v materničnem vratu. Mehanske ovire preprečujejo združitev moške in ženske spolne celice in vključujejo prekinjene jajcevode ali semenovode (sterilizacijo), uporabo kondoma, diafragme ali cervikalne kapice. Kemične ovire povzročajo spermicidi, ki ohromijo spermije. Hormoni delujejo na različnih mestih ženskega reproduktivnega trakta in drugih organskih sistemih, pri čemer preprečujejo zanositev z blokado ovulacije, spremembo sluznice v maternični votlini in sluzi v materničnem vratu. Maternični vložki preprečujejo zanositev s spremenjenim okoljem v maternični votlini, ki je toksično za spermije, jajčece in oplojeno jajčece (Cunningham, 2001; Shoupe in Kjos, 2006; Cason idr., 2025).

---

<sup>1</sup> Maternalna ali materinska umrljivost je smrt nosečnice, porodnice ali otročnice do 42 dneva po porodu na 100.000 živorojenih otrok.

<sup>2</sup> Pri legalno in strokovno opravljenem splavu ima ženska pred 9. tednom nosečnosti tveganje za smrt 1 na 263.000 splavov, med 9. in 12. tednom 1 na 100.000 splavov, med 13. in 15. tednom 1 na 35.000, po 15. tednu se tveganje za smrt s strokovno opravljenim splavom izenači s porodom. Z uporabo hormonske kontracepcije, naj bi bilo pri mladi nekadilki tveganje za umrljivost 1 na 200.000 (Cunningham, 2001, str. 1518).

<sup>3</sup> Princip delovanja hormonske kontracepcije je zavora ovulacije, sprememba v prehodnosti jajcevodov in v spremembi sluznice v maternici.

<sup>4</sup> Maternični vložek ustvarja toksično okolje, ki preprečuje ugnezditev oplojenega jajčeca.

<sup>5</sup> Kondom in diafragma fizično preprečita stik semenčic z jajčecem.

Stare tradicionalne metode kontracepcije temeljijo na izkušnjah in kot takšne jih medicina priznava. Že tisočletja je znano, da dojenje lahko prepreči zanositev, kar je medicina potrdila z dokazom, da visok nivo hormona prolaktina, značilen za obdobje dojenja, blokira ovulacijo. Zaradi nihanja hormonskih ravni ta metoda danes, ob spremembah prehrane in življenjskega sloga, ni popolnoma zanesljiva. Ko so ljudje ugotovili, da ejakulacija v vagino povzroči zanositev, so poskušali preprečiti zanositev s prekinjenim spolnim odnosom. Ta metoda je bila v večini primerov uspešna, vendar pogosto tudi neuspešna.

Tudi naravne metode kontracepcije, danes imenovane metode, ki temeljijo na poznavanju plodnosti (angl. *fertility awareness-based methods*) (Cason idr., 2025), delno temeljijo na medicinski znanosti. Mednje spadajo temperaturna metoda, metoda opazovanja cervikalne sluzi in simptomatikalna metoda, ki jih je kot take priznala tudi medicina. Pri teh metodah je ključno opazovanje ženskega telesa med mesečnim ciklusom, zlasti kakovosti in količine izcedka iz nožnice, občutkov ob vходу v nožnico ter bazalne telesne temperature (Vrabič Dežman, 2012). Te metode so se razvile na podlagi odkritja, da ovulacija običajno nastopi približno sredi ciklusa, kar povzroči spremembe v cervikalni sluzi, ki olajšajo prodiranje spermijev do jajcevodov, kjer pride do oploditve. Naravne metode temeljijo na abstinenci v času ovulacije in so dejansko vedenjske metode, kar pomeni, da neposredno posegajo v osebno svobodo para. Zaradi tega jih je z navdušenjem sprejela Rimskokatoliška cerkev, ki jih, poleg dojenja, priznava kot edino dovoljeno obliko kontracepcije. Vendar pa par nikoli ne more stoodstotno določiti trenutka ovulacije, zato medicina te metode obravnava kot zelo nezanesljive. Poleg tega lahko pri ženski pride do več ovulacij v enem ciklusu, kar imenujemo multiple ovulacije (angl. *multiple ovulation*) (Dyer in Owen, 2003).

Raziskava iz leta 2003, objavljena v reviji *Fertility and Sterility*, je pokazala, da večina žensk v enem menstrualnem ciklusu doživi več valov razvoja foliklov. Med 50 udeleženkami jih je 68 % doživelo dva različna vala foliklov, kar pomeni dve ovulaciji v mesecu, medtem ko jih je 32 % doživelo tri valove, torej tri ovulacije v istem ciklusu (Baerwald idr., 2003). Ženske doživljajo spontane ovulacije, medtem ko nekateri drugi sesalci, kot so zajci in kamele, izločajo jajčeca le kot odziv na fizično stimulacijo med spolnim odnosom. Že pred več kot 30 leti so raziskovalci odkrili, da človeško seme morda vsebuje faktor, ki lahko sproži ovulacijo (Adams idr., 2016).

Medicina je hkrati razvila različne metode za ocenjevanje učinkovitosti kontracepcije, ki temeljijo na kliničnih raziskavah in statističnih analizah zanesljivosti posameznih metod. Pri zanesljivosti kontracepcijske metode ocenjujemo teoretični in uporabno učinkovitost. Teoretična opisuje učinek metode v idealnih pogojih – to je učinkovitost pri pravilni rabi, uporabna pa kaže izkušnje žensk z določeno metodo ob izpostavljenosti zanositvi – kar pomeni tipično rabo metode (Pinter, 1992). Ob danes poznanih številnih metodah kontracepcije potrebuje široko sprejemljiv moderni kontraceptiv naslednje tri lastnosti: uporabnost, dostopnost in splošno sprejetost, da je učinkovit kontraceptiv boljši kot splav. Doseči vse tri lastnosti hkrati v enem kontraceptivu je zelo težko. (David, 1999, str. 8)

Del medicinskega pogleda na kontracepcijo se kaže tudi v oceni spolno-reproduktivnega zdravja. Po podatkih, objavljenih v nacionalnem poročilu *EU Reproductive Health Report* iz leta 2011, avtor ugotavlja, da je razširjenost kontracepcije v posamezni državi ključni pokazatelj spolno-reproduktivnega zdravja. Hkrati opozarja na potrebo po vzpostavitvi standarda in določitvi optimalnega kontracepcijskega vzorca, ki bi služil kot osnova za nadaljnje raziskave vpliva na spolno-reproduktivno zdravje (Oliveira da Silva, 2011, str. 11). Spolno in reproduktivno zdravje bi moralo biti visoka prioriteta držav Evropske unije (The European Society of Contraception and Reproductive



Health, 2011, str. S6; World Health Organization [WHO], 2024) ter temeljna pravica posameznika. »Dobro spolno in reproduktivno zdravje pomeni avtonomijo, informacijo, svobodo, izboljšanje življenja in osebnih odnosov« (Oliveira da Silva, 2011, str. 18).

Spolno-reproduktivno zdravje je sestavni del psihološkega, čustvenega, duševnega in socialnega blagostanja ter pomembno vpliva na posameznikovo kakovost življenja. V medicinskem okviru so nosilci tega pomembnega dejavnika predvsem zdravstvene institucije, zlasti institucije javnega zdravja, medtem ko širše družbene institucije niso tako neposredno vključene (WHO, 2024).

Medicinski pristop h kontracepciji je torej znanstven, saj temelji na spoznanjih o fizioloških procesih telesa in reprodukcije, hkrati vključuje pomemben delež družbene konstrukcije seksualnosti, ki izhaja iz razvoja medicinske znanosti in delovanja medicinskih institucij. Pomembnost medicinskega pogleda se je začela uveljavljati v 18. stoletju, ko se je medicinski prostor združil z družbenim in ga skoraj povsem zavzel. V tem obdobju se je povečala prisotnost zdravnikov, ki so širili medicinski pogled na različna področja socialne mreže, delovali stalno in na različnih mestih ter izvajali stalno in mobilno kontrolo. Zdravniki so prevzeli odgovornost za spremljanje zdravstvene statistike, ki še danes temelji na registraciji rojstev, smrti (bolezni, ki so povzročile trpljenje posameznika, njegov način življenja in vzroke za njegovo smrt). S formiranjem znanja medicina ni bila več zadolžena zgolj za patologijo, temveč se je njena vloga generalizirala, medicinska zavest pa je postala difuzno razporejena po prostoru in času. Medicina je tako postala bolj dostopna posamezniku in je s svojo nadzorno in supervizijsko funkcijo zmanjšala skrivnosti fizičnega telesa (Foucault, 1973).

Stališča ginekologov predstavljajo pomemben del medicinske in družbene konstrukcije seksualnosti, saj neposredno vplivajo na vsakdanje življenje žensk. Zdravniki so ključni prenašalci informacij, opravljajo svetovalno vlogo in hkrati izvajajo nadzor pri čemer delujejo številna oblastna razmerja (Ule, 2003; Foucault, 2004, str. 232). Lahko bi celo rekli, da gre za panoptični nadzor, značilen za moderne družbe, kjer ženske nadzorujejo same sebe in svojo seksualnost (na primer s primernim vedenjem) ter hkrati verjamejo, da je treba telesne želje podrediti racionalnemu umu (Foucault, 2000, str. 82).

Kultura usmerja posameznikovo aktivno vlogo z vplivanjem na njegove vrednote in vedenje, kar se odraža tudi v modernem pogledu na spolnost. Posameznikova osnovna potreba po spolnosti postaja vedno bolj individualizirana, povezana z osebnostjo in intimnimi odnosi ter ločena od reprodukcije, medtem ko v drugih kulturah take ločitve ne prepoznamo (Tiefer, 2004). Kontracepcija, še posebej če je organizirana in vodena s strani medicinske stroke, predstavlja eno od oblik biopolitike (Foucault, 1973).

Nekateri aktivisti globalnega gibanja za zdravje žensk so že v prejšnjem stoletju videli kontracepcijske metode kot sredstvo za nadzor prebivalstva, medtem ko so jih drugi zagovarjali kot orodje, s katerim bi ženske lahko ponovno pridobile nadzor nad svojim telesom (Topini, 2024). Skupina raziskovalcev (Morison idr., 2025) opozarja, da lahko diskurzivno konstruirani odnosi moči spodkopavajo telesno integriteto in učinkovitost kontracepcije, kljub temu da ponudniki kontracepcije podpirajo načela oskrbe, osredotočene na pacienta. Z uporabo sintetičnega narativnega oziroma diskurzivnega pristopa se raziskovalci opirajo na Foucaultovo analitiko biomoči, da pokažejo, kako idealizirana naracija o oskrbi, osredotočeni na posameznika, razpade pod težo diskurzov o medikaliziranem tveganju, protekcionizmu in biomedicinskem strokovnem znanju. Ti diskurzi razkrivajo prakse moči, ki delujejo skozi priznanje, odgovornost in nadzor. Njihove ugotovitve poudarjajo pomembno perspektivo, ki

pogosto manjka v sistemsko osredotočenih raziskavah kontracepcijske oskrbe: ključni dimenziji moči in reproduktivne politike (Morison idr., 2025).

Danes se pojavlja nov biopolitičen diskurz: kontracepcijska sredstva, ki so omogočila razprave o ženski avtonomiji in reproduktivnem nadzoru, sedaj razkrivajo meje in potencial hormonskega upravljanja telesa s pomočjo hormonskih tablet (Appleton, 2022). Ob tem se pojavlja tudi strah pred hormonsko manipulacijo, ki naj bi vzpostavljala »ravnovesje« v telesu, v nasprotju s sposobnostjo telesa, da se samouravnava oziroma prilagaja sodobnemu okolju (Appleton, 2022). Appleton meni, da ima kontracepcijska tableta pomembne biološke in sociokulturne posledice, tako za telo kot zunaj njega. Hormonsko kontracepcijsko tableto obravnava kot artefakt, ki so ga raziskovali, opisovali, uporabljali, zavračali in se z njim poigrali zelo različni ljudje iz različnih razlogov. Hkrati preučuje interdisciplinarne raziskave o kontracepciji kot sredstvu za obvladovanje demografskih skrbi, ki jih navdihujejo maltuzijanske ideologije (Appleton, 2023).

### **2.1.2 Družbena konstrukcija kontracepcije**

Razvoj medicinske znanosti je omogočil napredek sodobne kontracepcije in s tem vzpostavil nova razmerja v reprodukciji, družbeni konstrukciji seksualnosti ter širši družbi. Rodnost je zapleten proces odločanja, ki ga oblikuje več dejavnikov, med njimi ekonomski, demografski, socialni, politični, kulturni in individualno-psihološki. Ti so hkrati povezani z dogajanjem v primarnih odnosih in interakcijami s partnerjem ali partnerko oziroma drugimi družinskimi člani. Na ta način se je o kontracepciji razmišljalo že v 70. letih prejšnjega stoletja (Boh, 1975, str. 2).

Z legalizacijo splava in dovoljenjem za uporabo kontracepcije so se pokazali pozitivni vplivi na obolevnost in umrljivost mater, ki so prej zbolevali ali umirale zaradi ilegalnih splavov. Zaradi ilegalno opravljenih splavov, ki so pogosto posledica nedostopnosti kontracepcije ali prepovedi legalnega splava, po svetu svak dan še vedno umirajo številne ženske. Natančni podatki o tem, koliko je legalizacija splava v Sloveniji po letu 1952 prispevala k zmanjšanju materinske umrljivosti, niso na voljo. Predvideva se, da so bile smrti mater, ki so opravile ilegalni splav, pogosto zabeležene kot »smrt neznanega vzroka«, zaradi česar registrirani podatki o umrljivosti mater zaradi ilegalnega splava niso povsem zanesljivi (David, 1999, str. 300; Cergol Paradiž, 2022). Zdravstvenim posledicam splava se pridružujejo tudi socialne in ekonomske. Izostanek z dela in bolniška odsotnost ženske vplivata na njeno osebno življenje, družino in posledično na celotno družbo. Ekonomski vidik splava postaja vse pomembnejši tudi v naši državi, medtem ko ima drugod že ključno vlogo. Cilj družbe, ki naj bi mu sledila tudi zdravstvena politika, je, da se rojevajo načrtovani in zaželeni otroci.

Iz tega je razvidno, kako pomembno vlogo imajo nosilci javnega zdravja in politični vplivi države, ki delujejo kot »vratarji« (angl. *gatekeepers*), saj nadzorujejo dostopnost do sodobnih kontraceptivnih metod in splava ter s tem pomembno vplivajo na odločitve žensk (David, 1999, str. 20). Hkrati David (1999) ugotavlja, da ni zanesljivih podatkov o stopnji izboljšanja maternalne umrljivosti po legalizaciji splava in uvedbi kontracepcije, saj so bile smrti mater zaradi kaznivega dejanja ilegalnega splava, kot smo že omenili, pogosto prikrivane (David, 1999, str. 300).

Družbenopolitična in ekonomska kriza lahko drastično zniža kakovost življenja večine prebivalstva, zlasti žensk, kar posledično poveča maternalno umrljivost. To se je jasno pokazalo na Hrvaškem po razpadu nekdanje Jugoslavije, kjer je kombinacija vključevanja beguncev, emigracije mladih in

povečane vloge Rimskokatoliške cerkve po 30-letnem upadanju materinske umrljivosti povzročila njen porast s 4,3 na 10,3 smrti mater na 100.000 žensk ob koncu prejšnjega stoletja (David, 1999, str. 314).

Seksualnost se oblikuje tako iz discipliniranja telesa kot iz regulacije prebivalstva. Zaradi te dvojne funkcije je spolnost »tema političnih, ekonomskih posredovanj (s spodbujanjem in zaviranjem rojstev) ter ideoloških kampanj« (Foucault, 2000, str. 150). Nadzor nad človeško seksualnostjo je zato izjemno pomemben, pri čemer so zdravniki ginekologi neposredni izvrševalci te kontrole. V praksi se to kaže v njihovem delu v ginekoloških ordinacijah, kjer s svetovanjem vplivajo na stališča in prakse žensk v seksualnosti. Njihova priporočila temeljijo tako na medicinskih doktrinah kot na osebnih stališčih in pogledih na seksualnost. V teh oblastnih razmerjih ginekolog kot zdravnik predstavlja moralno in strokovno avtoriteto, ki pomembno vpliva na ženske, saj jim posreduje tako medicinske poglede kot tudi lastna stališča. Poleg tega ginekologi po mnenju Davida (1999, str. 20) delujejo kot nosilci kontrole oziroma »vratarji«, saj nadzorujejo dostop do sodobnih kontraceptivov, splava in s tem učinkovito vplivajo na odločitve žensk.

»Vratarji« uporabe kontracepcije niso zgolj nosilci javnega zdravstva, temveč ima pri tem pomembno vlogo tudi politika, ki preko sistema zdravstvenega varstva vpliva na dostopnost kontracepcije (Oliveira da Silva, 2011, str. 57; Cole in Geist, 2021). Coddington (2021) zagovarja opredelitev rodnosti kot neprekinjenega stanja bivanja oziroma predvidevalne odgovornosti, ki vpliva na življenje, vedenje in oblikovanje politik na različnih ravneh – od meja in nacionalnih držav do akademskih delovnih mest in telesa posameznika. Z upoštevanjem teh prostorov in ravni se oblikuje politika rodnosti.

Politična načela so v veliki meri odvisna od vladajoče politične opcije. Konzervativnejše politične stranke so na področju rodnostne politike in s tem povezane kontracepcije pogosto tesno povezane z Rimskokatoliško cerkvijo, ki zavzema jasno proti-kontracepcijsko stališče. Verske in nekatere druge institucije, usmerjene proti kontracepciji, običajno posredno vplivajo na stališča in prakse prek vzgojnih programov ter kanalov, po katerih se ti programi posredujejo potencialnim uporabnikom, kot so svetovalnice, specializirana predavanja, zdravstvene službe in spletne strani (Iskreni.net, 2014a, 2014b, 2014c, 2016, 2021).

V 90. letih prejšnjega stoletja je medicina, kot odziv na preobremenjenost z ekscesnim spolnim vedenjem in patologizacijo spolnosti<sup>6</sup>, spolnost ponovno opredelila kot individualno zadevo ter posamezniku pripisala osebno odgovornost, tudi za določene bolezni (Tiefer, 2004). Znotraj družbene konstrukcije seksualnosti se je tako uveljavil diskurz osebne odgovornosti. Ta koncept je ženskam deloma omogočil večjo avtonomijo v spolnosti, saj niso več nujno delovale zgolj v skladu z navodili zdravnikov. Visoka stopnja avtonomnega delovanja žensk se umešča v sodobni kontekst permissivne seksualne kulture, ki temelji na liberalnem pogledu na seksualnost in vključuje žensko avtonomijo. K tej avtonomiji je v veliki meri prispevala tudi kontracepcija, ki ženskam omogoča avtonomijo pri njeni izbiri. Heteroseksualne ženske so, poleg gejev in lezbijk, v primerjavi z restriktivno seksualno kulturo s permissivno seksualno kulturo pridobile največ. Znotraj permissivne seksualne kulture imajo moški in ženske v spolnosti enakovredne vloge, oba sta razumljena kot enako poželjiva spolna subjekta. Seks je v tem okviru konstruiran kot vir užitka in ne več primarno kot reprodukcija (Gavey idr., 1999).

---

<sup>6</sup> Konec 20. stoletja so v javnost vse bolj prodirale drugačne spolne prakse, ki so v preteklosti pomenile ekscesno spolno vedenje oziroma so bila določena spolna vedenja označena kot patološka, kot norost ali kot simptom nekaterih bolezni ter celo kot bolezen. Medicina se je morala do vseh teh oblik na novo opredeliti in jih na novo ovrednotiti. Ob tem je bilo marsikatero spolno vedenje sprejeto kot normalno.

V zadnjih letih se pojavljajo raziskave, ki ne obravnavajo zgolj biomedicinskega vpliva kontracepcije na spolnost, temveč vključujejo tudi širše družbene in psihosocialne vidike. Higgins in Smith (2016) v svojih analizah razlikujeta tri ravni dejavnikov. Na makroravni upoštevata spol, družbeno neenakost, kulturo in družbeno strukturo. Na ravni partnerskega odnosa izpostavljata vplive znotraj para, kot so diadni vplivi in partnerske preference. Na individualni ravni pa vključujeta spolno delovanje, spolne preference (na primer dezinhibicija, spontanost, užitek), spolne vidike neželenih učinkov (krvavitve, spremembe razpoloženja), spolno identiteto, status spolne manjšine ter namere glede zanositve. Rezultati kažejo, da lahko kontracepcija vpliva na žensko spolnost na najrazličnejše pozitivne in negativne načine, ki segajo dlje od samega spolnega delovanja (Higgins in Smith, 2016).

Raziskave družbenih dejavnikov se osredotočajo predvsem na preučevanje družbenih norm, ki predstavljajo široko razširjena prepričanja o kontracepciji in skupne prakse znotraj določene skupine. Medsebojno povezane norme, povezane s spolom, tradicijo ali modernostjo, vero, družbenim statusom, starostjo, izobrazbo, zaposlitvenim statusom in drugimi dejavniki, pomembno vplivajo na načrtovanje družine in uporabo kontracepcije (Herbert, 2015). Posegi v družbene norme so pogosto usmerjeni na medosebno in skupnostno raven. Pristopi k spreminjanju norm na osnovni ravni preučujejo, »kako je mogoče spremeniti skupna pričakovanja določenih družbenih skupin, da se vedenje usmeri v družbeno zaželene rezultate« (Herbert, 2015). Ambicioznejši pristopi k družbenim normam lahko »ciljajo na spremembo razmerij moči, ekonomskih neenakosti ter globoko zakoreninjenih ideologij in kulturnih vrednot« (Herbert, 2015). Obe ravni – medosebna in skupnostna, lahko pomembno vplivata na kontracepcijo in načrtovanje družine (Herbert, 2015).

Družbene norme ter ideali moškosti in ženskosti pogosto ohranjajo neenakost med spoloma. Med te norme sodijo: moškim pripisana avtoriteta in nadzor nad ženskami ter viri, zmanjšana vrednost žensk in deklet v primerjavi z moškimi in fanti ter prepričanje, da je življenjski namen ženske rojevanje otrok, kar vodi v njeno izolacijo. Takšne patriarhalne spolne norme vplivajo na številne vidike načrtovanja družine in uporabe kontracepcije, vključno z rodnostjo, časom poroke in rojstva otrok, velikostjo družine, spolnimi preferencami ter sestavo otrok, medicinskimi pravili (vključno z dostopom do varnega splava), starostjo ob poroki (na primer otroške poroke) ter uporabo kontracepcije (Herbert, 2015). Raziskave na tem področju potekajo v številnih državah v razvoju, rezultati pa omogočajo pripravo intervencijskih programov za izboljšanje stanja.

Na podlagi sistematičnega pregleda številnih raziskav so D'Souza idr. (2022) ugotovili, da so dejavniki, ki vplivajo na uporabo kontracepcije, med ženskami v različnih kulturah in okoljih po svetu izjemno podobni. Uporaba kontracepcije je odvisna od sposobnosti zanositve, želje po nosečnosti ter od statusa partnerskega razmerja. Na odločitev vplivajo tudi znanje, prepričanja ter dožemanje neželenih učinkov in zdravstvenih tveganj. Pomemben vpliv imajo moški partnerji, prav tako mnenja in izkušnje vrstnikov ter pričakovanja družin. Z nizko uporabo kontracepcije sta pogosto povezana pomanjkanje izobrazbe in revščina. Družbene in kulturne norme oblikujejo pričakovanja glede velikosti družine in časa, kdaj jo ustvariti. Poleg tega je uporaba kontracepcije odvisna od njene razpoložljivosti, dostopnosti, zaupnosti, stroškov zdravstvenih storitev ter stališč, vedenja in kompetenc zdravstvenih delavcev (D'Souza idr., 2022). Upoštevati je treba, da na načrtovanje družine pomembno vplivajo tudi različna verska prepričanja (Cole in Geist, 2021; Pinter idr., 2016). Na podlagi pregleda literature lahko jasno prepoznamo pomembno vlogo politike in zdravstvenih delavcev pri uporabi kontracepcije. Kljub temu je razvidno, da so prepričanja o kontracepciji in njena uporaba tesno povezani s spolnimi vlogami ter dinamiko moči v odnosih (Alspaugh idr., 2020).

V okviru svetovne kulture je kontracepcija predstavljena kot nujnost za gospodarski razvoj, kot vprašanje človekovih pravic in kot vprašanje zdravja žensk. Na podlagi podatkov o uporabi kontracepcije med poročenimi ženskami v 159 državah od leta 1970 do 2012 sta Cole in Geist (2021) ugotovila, da so vsi trije diskurzivni okviri povezani s povečano uporabo sodobnih kontracepcijskih metod. Ti učinki presegajo družbenokulturne in ekonomske značilnosti posameznih držav, kar kaže, da procesi svetovne družbe težijo k medkulturni konvergenci v stopnjah uporabe kontracepcije. V primerjavi z diskurzi razvoja in pravic žensk se zdi, da imajo zdravstveni okvirji najširši in najučinkovitejši doseg preko kulturnih razlik (Cole in Geist, 2021).

V raziskavah so bile identificirane številne zmotne predstave in miti, ki vplivajo na uporabo kontracepcije. Med najpogostejše sodijo skrb glede neželenih fizičnih učinkov, vpliv na duševno zdravje in spolnost, pomisleki glede neplodnosti, koncept »nenaravnosti«, vprašanja v zvezi z menstruacijo ter pomisleki glede varnosti in stigmatizacije neželenih učinkov (Black idr., 2025). Za nekatere od teh obstajajo določeni znanstveni dokazi, ki lahko upravičijo posamezne pomisleke, vendar splošno velja, da pri večini uporabnic koristi hormonske kontracepcije presegajo njene slabosti (Black idr., 2025). Pregledna raziskava v državah z nizkimi dohodki in državah z nižjim srednjim dohodkom je pokazala, da na individualni ravni na uporabo kontracepcije vplivata družbeni status in odgovornost žensk, na ravni partnerskega odnosa pa patriarhalna kultura, medtem ko dejavniki na ravni skupnosti vključujejo mite in zmotne predstave, kulturne razlike ter verska prepričanja (Idris idr., 2022).

Po drugi strani raziskave moške hormonske kontracepcije preučujejo, ali so moški sploh pripravljeni sprejeti takšno obliko kontracepcije (Dismore idr., 2016). Ta vprašanja so povezana s spolnimi normami in tradicionalnimi predstavami o odgovornosti za kontracepcijo, pa tudi s pripravljenostjo moških za sprejemanje morebitnih neželenih učinkov ter prevzemanja večjega deleža reproduktivne odgovornosti.

V družbi se je pojavil nov diskurz o učinkovitosti kontracepcije (Bertotti idr., 2021), ki vso logiko ocenjuje skozi prizmo zelenega učinka in hkrati povečuje tveganja, povezana z življenjskim slogom, ter zdravstvena tveganja z oblikovanjem dveh pristranskih ocen tveganja. Ta koncept temelji na dejstvu, da zdravstvena in javnozdravstvena združenja v prizadevanju za zmanjšanje stopnje nenačrtovanih nosečnosti podpirajo model svetovanja o kontracepciji, ki metode razvršča glede na stopnjo neuspešnosti. Večstopenjski model opisuje vse oblike kontracepcije, vendar priporoča dolgotrajno delujoče reverzibilne metode, ki so najbolj zanesljive, zmanjšujejo možnost napak uporabnic in povečujejo verjetnost nadaljnje uporabe. Družboslovci so opredelili več kategorij tveganj: utelešena tveganja (na primer rakave celice ali mutirani geni), tveganja življenjskega sloga (na primer kajenje ali sedeči način življenja), ki so vgrajena v vedenje, odločitve in prioritete ljudi, ter medicinska tveganja, ki izhajajo iz medicinskih postopkov, zdravljenj ali farmacevtskih izdelkov (Lupton, 2013).

Kritična diskurzivna analiza ginekoloških učbenikov in medicinskih priporočil (Bertotti idr., 2021) preučuje, kako spolne in neoliberalne ideje vplivajo na ocene tveganja, na katerih temelji večstopenjski model svetovanja o kontracepciji. Avtorji ugotavljajo, da je osredotočenost večstopenjskega modela na neuspeh kontracepcije upravičena z diskurzom, ki navidezno enači različne značilnosti farmacevtskih izdelkov: učinkovitost (sposobnost doseganja zelenega učinka) in varnost (odsotnost neželenih učinkov).

Analiza kaže, da model povezuje neuspešnost kontracepcije z dvema vrstama tveganj:

1. Uteleženo tveganje, ki ovulacijo, menstruacijo in nosečnost opredeljuje kot nevarne za žensko.

2. Tveganje življenjskega sloga, ki implicira, da so cisspolne ženske, ki ne obvladujejo kontracepcije, breme za družbo.

Takšne ocene zmanjšujejo pomen neželenih učinkov (zdravstvenih tveganj) in upravičujejo priporočanje dolgotrajno delujočih reverzibilnih kontraceptivov in drugih farmacevtskih izdelkov kot logične možnosti za zaščito žensk pred njihovimi plodnimi telesi in družbe pred nenačrtovano nosečnostjo. Razvrščanje metod po stopnji neuspeha namesto po neželenih učinkih ali reproduktivni avtonomiji je tako predstavljeno kot racionalno, saj se učinkovitost enači z varnostjo za posameznico in družbo. Analiza poudarja, da diskurz o učinkovitosti spodbuja tehnološko-znanstvene rešitve za socialne probleme in zmanjšuje informirano izbiro, ker farmacevtski kontraceptivi nastopajo kot najboljša možnost brez zadostne predstavitve povezanih tveganj (Bertotti idr., 2021). Raziskava zaključuje, da diskurz o učinkovitosti temelji na dolgoletnih predstavah o ženskem telesu kot tveganem in uporablja neoliberalne ideje, da označi ženske, ki ne sledijo tem priporočilom, kot nezdrave (Bertotti idr., 2021).

Izziv medicine in farmacevtske industrije ostaja razvijanje novih, vse bolj optimalnih kontracepcijskih metod, ki bi čim bolj sledile naravnemu hormonskemu ciklu ženske. Ta izziv je v veliki meri povezan s finančnimi interesi farmacevtskih družb. V času, ko medicini zaradi svetovne finančne krize primanjkuje sredstev, farmacevtska industrija skupaj z zastopniki predstavlja pomembno gonilno silo pri izobraževanju medicinskega osebja in promociji kontracepcije med širšo javnostjo, ne glede na trenutno vodilno politično stranko. Čeprav farmacija z medikalizacijo intenzivno posega v družbo in spolnost žensk (Bancroft, 2002; Drew, 2003; Goyal idr., 2022), njenega vpliva ni mogoče poenostaviti. Ženske spolnosti ni mogoče popolnoma medikalizirati, saj nanjo močno vplivajo zgodovinski, kulturološki in družbeni dejavniki (Bancroft, 2002; Goyal idr., 2022). Kontracepcijska tableta sama ne pomeni medikalizacije ženske spolnosti; medicina s farmacijo poskuša spolnost žensk medikalizirati predvsem z razvojem novih oblik kontracepcije in prek stališč ter prepričanj ginekologov. S tega vidika je lahko kontracepcija razumljena kot oblika družbenega nadzora.

Za spolno aktivnost žensk hormoni niso odločilni, predstavljajo le enega izmed mnogih dejavnikov. Vloga kontracepcijske tablete presega njeno hormonsko funkcijo, ki vključuje zaviranje ovulacije, spremembe sluznice maternice in spremembe sluzi na vhodu materničnega vratu. Kontracepcijska tableta je ženskam omogočila nov položaj v družbi, spremenila njihovo vlogo v kulturi in s tem vplivala tudi na zgodovinski razvoj njihove seksualnosti. Je veliko več kot sredstvo za preprečevanje nosečnosti, zato je ne smemo enačiti z drugimi tabletami, razvitimi zgolj za medikalizacijo ženske seksualnosti.

Kontracepcija, ki je v rokah žensk, predstavlja pomemben dejavnik tudi pri zdravljenju ženskih spolnih motenj (Cuccinella idr., 2024; Leiblum, 2007). Z zanesljivo kontracepcijo se pri zdravljenju ženskih spolnih težav ali motenj odstrani podzavestni strah pred zanositvijo, ki je lahko pomemben dejavnik pri nastanku spolnih motenj (Heiman in Lopiccolo, 2009, str. 226). Ko je strah odpravljen, lahko ženska med spolnim odnosom doseže večjo sproščenost, kar je predpogoj za doživljanje užitka in pozitivnega odnosa do spolnosti. Varna kontracepcija je zato eden prvih ukrepov pri svetovanju ženskam s težavami v spolnosti, pomembna pa je tudi ustrezna edukacija o anatomiji spolovila in ženskih spolnih odzivih. Pomembno je predpisati eno od sodobnih, varnih kontracepcijskih sredstev, s katerim bo lahko ženska neodvisno od partnerja uravnavala svojo plodnost. Glede na dolgoletno zatiranost ženske seksualnosti lahko trdimo, da je družbena vloga sodobne kontracepcije danes pomembnejša od njenega prvotnega medicinskega vpliva na telo in na nadzor telesa ženske.

### 2.1.3 Zgodovina kontracepcije v Sloveniji

Po drugi svetovni vojni je v Sloveniji in na območju nekdanje Jugoslavije medicinska stroka v sodelovanju s politiko začela intenzivno delovati na zmanjševanju števila splavov, s čimer je neposredno vplivala na zmanjšanje enega ključnih dejavnikov maternalne umrljivosti. Problema so se lotili predvsem z načrtnim uvajanjem kontracepcije. Priznani ginekolog prof. Franc Novak je v letih 1953–1954 prepoznal potrebo po domači proizvodnji kontraceptivov in za to pridobil podporo takratnega političnega vodstva. Posledično je začela leta 1955 tovarna Sava v Kranju izdelovati prvo genofragmo, tovarna Lek pa kontracepcijsko pasto genosan. Istega leta je bila v okviru Centralnega ginekološkega dispanzerja ustanovljena tudi prva ordinacija za predpisovanje kontracepcije, tri leta kasneje pa so odprli še dodatnih 41 posvetovalnic (Borisov, 1995). Kmalu po tem, ko je ameriška agencija FDA<sup>7</sup> leta 1960 odobrila uporabo kontracepcijske tablete, so jo tudi v Sloveniji začeli predpisovati ginekologi, leta 1964 pa se je začela še domača proizvodnja hormonskih kontraceptivov (Boh, 1975, str. 4).

Svet za zdravstvo je aprila 1961 ustanovil Znanstveno-raziskovalni oddelek za obravnavo splava in kontracepcije, ki se je leta 1963 preimenoval v Oddelek za prevencijo splava, leta 1967 pa v Inštitut za načrtovanje družine. Leta 1971 je Inštitut postal samostojna delovna organizacija Kliničnega centra. Njegovo delovanje je obsegalo znanstveno-preventivno dejavnost v ambulantah ter delo v posvetovalnicah za spolno vzgojo (Borisov, 1995, str. 232–234). Poleg znanstvene in pedagoške funkcije se je Inštitut ukvarjal tudi z raziskovalno dejavnostjo na področju rodnosti in njenega uravnavanja, z optimizacijo postopkov umetne prekinitve nosečnosti, varnostjo in učinkovitostjo kontracepcijskih metod ter kasneje z raziskovanjem vedenjskih determinant rodnosti in načinov zdravljenja neplodnosti. Leta 1980 je Inštitut za načrtovanje družine prenehal z delovanjem (Švab idr., 2010). Z medicinskim pristopom, ki je upošteval tudi širše družbene dejavnike, je Inštitut bistveno prispeval k izboljšanju reproduktivnega zdravja žensk. Zmanjšal je število neželenih in nenačrtovanih nosečnosti ter število splavov, s tem pa tudi obolevnost in umrljivost žensk. Izobraževanje ginekologov je bilo usmerjeno izključno v znanstveno potrjene in zanesljive metode kontracepcije, kar je v praksi vodilo do pozitivnih javnozdravstvenih rezultatov (Borisov, 1995). Zaradi obsežnega znanstvenega, kliničnega in preventivnega dela je Svetovna zdravstvena organizacija leta 1972 Inštitut uvrstila med svojih 16 klinično-raziskovalnih centrov (Švab idr., 2010).

Pri razvoju raziskav na področju kontracepcije in splava sta imeli pomembno vlogo ginekologinja Lidija Andolšek (1929–2003) in sociologinja Katja Boh (1929–2008). V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja je v Sloveniji pod vodstvom Lidije Andolšek potekala obsežna raziskava *The Abortion Study* (Andolšek, 1974). Andolšek splava ni uvrščala med metode kontracepcije, saj je poudarjala, da »s splavom ne načrtujemo želene nosečnosti, temveč odpravljamo neželjeno zanositev« (Andolšek, 1968, str. 270). Splav je opredeljevala kot nehuman poseg v telo in psiho ženske ter menila, da v sodobnem času, ko so na voljo številne učinkovite kontracepcijske metode, ne bi smel predstavljati metode izbora za uravnavanje rodnosti (Andolšek, 1968).

Sociologinja Katja Boh je v raziskavah *Socialno-psihološki faktorji v načrtovanju družine ter Regulacija fertilitnosti v različnih slojih slovenske družbe (I. in II. del)* problematiko človeške reprodukcije in njene

<sup>7</sup> FDA – *Food and Drug Administration* je ameriški vladni urad, ki nadzira varnost in učinkovitost humanih in veterinarskih zdravil, bioloških proizvodov, medicinskih pripomočkov, živil in sevajočih naprav. Nadzira tako izdelke, proizvedene v ZDA, kot tudi tiste, ki se v državo uvažajo.

regulacije obravnavala z makro- in mikrodružbenega vidika (Boh, 1975, 1976a, 1976b). Na makroravni je analizirala demografske, politične, kulturne, verske in ekonomske dejavnike, na mikroravni pa posameznika, posameznika znotraj partnerskega odnosa oziroma družine, pomen enakopravnega položaja obeh partnerjev, probleme človeške reprodukcije in njene regulacije (Boh, 1975, 1976a, 1976b). Raziskovala je tudi konkretne dejavnike, ki vplivajo na uporabo kontracepcije, med njimi dostopnost zdravstvenih storitev (oddaljenost, čakalne dobe), delovanje zdravstvenih služb (stališča medicinskega osebja do kontracepcije in obravnava žensk) ter dosegljivost kontracepcijskih sredstev (nabava, cena) (Boh, 1976a, str. 21). Poudarjala je pomen celostne politike načrtovanja družine, saj po njenem mnenju »politika načrtovanja družine deluje v smeri izboljševanja fizičnega in socialnega okolja« (Boh, 1975, str. 2), v katerem se rojevajo novi člani družbe. V to področje je umeščala ukrepe na področju zdravstva, socialnega varstva, ekonomije in izobraževanja, ki prispevajo k izboljšanju materialnega in socialnega položaja prebivalstva. Kontracepcijo je razumela kot pomemben del načrtovanja družine, vendar je opozarjala, da načrtovanja družine ni mogoče zreducirati zgolj na kontracepcijo (Boh, 1975).

V nekdanji Jugoslaviji je bil splav s socialno-medicinsko indikacijo dovoljen že leta 1952 (Uredba o postopku za dovoljeno odpravo plodu, 1952), medtem ko je bil splav na željo ženske uzakonjen leta 1974 v 191. členu Ustave Socialistične federativne republike Jugoslavije. Ustava je opredelila temeljno človekovo pravico do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, ki je vključevala tudi pravico do splava (Ustava SFRJ, 1974, čl. 191). Podpiranje ali nasprotovanje rodnostni politiki je bilo v tem kontekstu razumljeno kot poseg v osebno svobodo posameznika (Tomšič, 1973 v David, 1999, str. 298), uradno stališče, sprejeto na Generalni skupščini leta 1975, pa je poudarjalo, da je humanistična perspektiva družbe pomembnejša od demografskih ciljev (Macura, 1974 v David, 1999, str. 298). Že konec šestdesetih let prejšnjega stoletja je bil cilj politike načrtovanja družine jasen: vsak novorojenček mora biti zaželen (Petrič, 1969 v David, 1999, str. 312). S takšno politiko je v obdobju od začetka šestdesetih do začetka devetdesetih let vztrajno upadala maternalna umrljivost. Leta 1990 je Rimskokatoliška cerkev v Sloveniji zavzela odločno stališče proti splavu, vendar je Ustavno sodišče razsodilo, da splav ostaja temeljna človekova pravica in da bo v Sloveniji še naprej dostopen pod enakimi pogoji kot pred osamosvojitvijo (David, 1999, str. 299).

## **2.2 Prekinjen spolni odnos kot oblika kontracepcije**

*Tedaj je rekel Juda Onanu: 'Pojdi k bratovi ženi in jo vzemi za ženo kot svak, da obudiš zarod svojemu bratu!' Ker pa je Onan vedel, da zarod ne bo njegov, je stresel seme na tla, kolikokrat je šel k bratovi ženi, da ne bi dal zaroda svojemu bratu. (Sveto pismo, Stara in Nova zaveza, 1991, str. 46)*

### **2.2.1 Definicija in uporabnost prekinjenega spolnega odnosa kot oblika kontracepcije**

Penetracija moškega spolnega uda v vagino pri spolnem občevanju predstavlja heteroseksualni spolni akt. Prekinjen spolni odnos oziroma *coitus interruptus* je metoda, pri kateri moški izvleče spolni ud iz nožnice pred izlitjem semenske tekočine (ejakulacijo), s čimer naj bi preprečil vnos semenske tekočine v vagino in bližino vhoda v vagino. Oseba, ki je odgovorna za prekinitev, se mora zanašati na lastni



občutek, kdaj bo ejakulacija nastopila. Metoda temelji na spoznanju, da ejakulacija v vagino lahko povzroči nosečnost (Hatcher idr., 1998, str. 303). Preejakulat, ki se sprosti pred ejakulacijo, ni zaznaven kot znak prihajajoče ejakulacije, prav tako pa lahko vsebuje spermije, zaradi česar metoda ni zanesljiva (Cason idr., 2025, str. 504).

Prekinjen spolni odnos se ocenjuje za nezanesljivo metodo kontracepcije (Cason idr., 2025, str. 504; Hatcher idr., 1998, str. 304; WHO, 2016, str. 15). Njena učinkovitost je odvisna od sposobnosti moškega, da spolni ud pravočasno izvleče pred ejakulacijo. Pri idealni (pravilni) rabi metode naj bi v prvih letih uporabe prišlo do približno 4 % neželenih zanositev, medtem ko je pri tipični rabi delež neželenih zanositev kar 22 %, kar potrjuje visoko nezanesljivost metode (Berek, 1996, str. 232; Cason idr., 2025, str. 504; Cunningham, 2001, str. 1520; Hatcher idr., 1998, str. 304; Shoupe in Kjos, 2006, str. 9; WHO, 2015, str. 231; WHO, 2016, str. 15).

V učbeniku *Gynaecology by Ten Teachers*, ki velja za temeljno tujo literaturo za študente medicine v Sloveniji, je bila v 17. izdaji iz leta 2000 uporaba prekinjenega spolnega odnosa kot metode kontracepcije še omenjena, ob tem pa je bila svetovana hkratna uporaba urgentne kontracepcije (Campbell in Monga, 2000, str. 72). V najnovejši, 21. izdaji tega učbenika iz leta 2024 pa prekinjen spolni odnos ni več naveden kot metoda kontracepcije (Crosbie in Kenny, 2024, str. 75–97). Podobno je bila ta metoda že pred skoraj 20 leti v učbeniku *The Handbook of Contraception* (Shoupe in Kjos, 2006, str. 192) ter v publikaciji *Emergencies in Obstetrics and Gynaecology* uvrščena med neustrezne metode kontracepcije in obravnavana kot nezaščiten spolni odnos (Arulkumaran, 2006, str. 259).

Prednosti prekinjenega spolnega odnosa so, da je brezplačen, ne zahteva pripomočkov, ne vsebuje kemikalij, ne vpliva na dojenje ter je na voljo takoj, ne glede na situacijo (Berek, 1996, str. 230; Cunningham, 2001, str. 1532; Hatcher idr., 1998, str. 304–305; WHO, 2015, str. 231). Za njegovo uporabo ni potreben zdravniški pregled ali stik z lekarno oziroma zdravstveno ustanovo. Poleg tega lahko metoda izboljša učinkovitost drugih kontracepcijskih metod (Cason idr., 2025, str. 505). Primerna je za pare, ki ne želijo uporabljati drugih metod kontracepcije in so pripravljeni sprejeti možnost nenačrtovane nosečnosti (Hatcher idr., 1998, str. 305). Po kriterijih WHO je metoda primerna za: visoko motivirane pare, ki jo bodo uporabljali učinkovito; pare z verskimi ali ideološkimi razlogi za neuporabo drugih metod; pare, ki potrebujejo takojšnjo zaščito po začetku spolnih odnosov brez alternative; pare, ki želijo začasno zaščito, medtem ko čakajo na stalno metodo; in pare, ki nimajo pogostih spolnih odnosov (WHO, 2015, str. 231). V ameriški petletni raziskavi so ugotovili, da spada glede na posledice uporabe prekinjen spolni odnos med najdražjimi kontracepcijskimi metodami (Shoupe in Kjos, 2006, str. 11).

Učinkovitost prekinjenega spolnega odnosa ni odvisna le od same metode, temveč tudi od značilnosti partnerjev, ki jo uporabljajo. Do zanositve lahko pride zaradi nemotiviranosti partnerja ali nezmožnosti popolnega umika ob vsakem spolnem odnosu (Cason idr., 2025, str. 506; Latack idr., 2021). Metoda ima številne pomanjkljivosti: nepravilna ali nedosledna uporaba lahko vodi do neželene nosečnosti; metoda ne ščiti pred spolno prenosljivimi okužbami; zahteva visoko stopnjo samokontrole moškega, pri čemer nekateri težko napovejo ejakulacijo ali imajo težave z njeno kontrolo (Cason idr., 2025, str. 504; Connell, 2002, str. 206). Raziskave prav tako kažejo, da metodo pogosteje uporabljajo ženske z nižjo motivacijo za preprečevanje nosečnosti (Higgins in Wang, 2015; Jones idr., 2014).

Prekinjen spolni odnos ne zagotavlja zaščite pred spolno prenosljivimi okužbami, saj patogeni niso prisotni le v semenski tekočini. Kot primer lahko navedemo okužbo z virusom herpesa ali humanim

papiloma virusom, pri kateri pride do okužbe epitelija, medtem ko lahko preejakulat vsebuje tudi virus človeške imunske pomanjkljivosti (HIV). Čeprav je količina preejakulata manjša kot ejakulata in lahko s tem nekoliko zmanjša možnost prenosa virusa HIV, okužba z virusom HIV ostaja tudi pri uporabi prekinjenega spolnega odnosa (Cason idr., 2025, str. 505).

Glede na to, da je prekinjen spolni odnos neučinkovita metoda kontracepcije, ni upravičeno, da se uvršča med sodobne kontracepcijske metode. Svetovna zdravstvena organizacija ob uporabi prekinjenega spolnega odnosa, še posebej v primerih večjega tveganja okužbe z virusom HIV, priporoča dosledno uporabo kondoma (WHO, 2015, str. 231). Metoda je že več kot 20 let izpuščena iz WHO smernic v knjigi *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use* (WHO, 2004, 2016).

Z medicinskega vidika lahko ejakulacija v vagino povzroči nosečnost (Cason idr., 2025, str. 503; Hatcher idr., 1998, str. 303). Pri prekinjenem spolnem odnosu se mora moški zanesti na svoj občutek, kdaj bo ejakuliral. Metoda ni zanesljiva, saj lahko preejakulatorna tekočina vsebuje spermije, Pearlov indeks<sup>8</sup> pa je med vsemi kontracepcijskimi metodami najvišji in znaša 15–28 (Knöpfel in Hoffmann, 2009, str. 144). Zaradi nezanesljivosti zaščite se prekinjen spolni odnos šteje za predmoderno metodo, saj ne omogoča popolne ločitve seksualnosti od reprodukcije. Zahteva visoko stopnjo samokontrole moškega, kar lahko pri nekaterih parih povzroči prekinitev vzbujenja ali faze platoja in s tem zmanjša spolni užitek (Higgins in Smith, 2016). Metoda preusmerja pozornost bolj na dejanje kot na užitek (Cason idr., 2025, str. 505; Hatcher idr., 1998, str. 28–29).

Praksa prekinjenega spolnega odnosa je sicer povezana z užitkom in orgazmom, vendar lahko pri ženskah povzroči prekinjen spolni užitek. Nekateri pari metodo uporabljajo tudi za povečanje spolnega užitka (Fu idr., 2019). Hkrati pa kot oblika kontracepcije ustvarja odvisnost žensk od moških. Nekateri ženske in druge osebe z vagino lahko občutijo tesnobo, ker prepustijo nadzor nad preprečevanjem nosečnosti partnerju (Cason idr., 2025, str. 505). Zaradi nezanesljivosti metode, ki pogosto vodi do neželjenih nosečnosti ter posledičnih umetnih prekinitev nosečnosti, lahko prekinjen spolni odnos negativno vpliva na reproduktivno zdravje žensk. V *Reproductive Health Report* se avtorji sprašujejo, ali visoka uporaba metode odraža slabše spolno zdravje populacije (Oliveira da Silva, 2011, str. 52–65).

Pregled medicinske literature kaže, da ima prekinjen spolni odnos kljub razvoju sodobnih kontracepcijskih metod še vedno pomembno vlogo pri nadzoru rojstev, zlasti v državah v razvoju in okoljih z omejenim dostopom do zdravstvenih storitev (Berek, 1996). Analiza več kot 200 povzetkov člankov, objavljenih v bazi Medline v obdobju 2004–2008, razkriva izrazito geografsko koncentracijo raziskav, predvsem v Turčiji in Iranu, pa tudi v Izraelu, Pakistanu, Kuvajtu, Nigeriji in Grčiji. V Turčiji je bila metoda kljub upadanju uporabe še vedno razmeroma razširjena (25,9–27 % parov), vendar se je po kontracepcijskem svetovanju zanj odločilo le 4,9 % žensk (Bozkurt idr., 2007; Engin-Ustün idr., 2007; Ertopçu idr., 2005). Visok delež nenačrtovanih nosečnosti med uporabnicami metode potrjuje njeno nezanesljivost: 67 % Turkinj in 93,7 % Irank, ki so se zatekle k splavu, je ob njeni uporabi zanosilo (Aktun idr., 2006; Lessan-Pezeshki idr., 2004). V Iranu je metodo uporabljalo 56 % žensk, kar kaže na njeno kulturno in socialno ukoreninjenost (Lessan-Pezeshki idr., 2004). Evropske raziskave so metodo večinoma obravnavale v kontekstu moške kontracepcije. Italijanski raziskovalci ob njeni uporabi opozarjajo na povečano tveganje za kronična vnetja prostate in male medenice (Bartoletti idr., 2007), nemški avtorji pa jo opredeljujejo kot nezadostno in neučinkovito (Kamischke in Nieschlag, 2005).

---

<sup>8</sup> Perlov indeks je mera učinkovitosti kontracepcijske metode. Opredeljen je kot število nezaželenih nosečnosti, ki se pojavijo pri 100 ženskah v enem letu uporabe določene kontracepcijske metode.

Razširjenost metode se med državami močno razlikuje: nizka na Norveškem (6 %), bistveno višja v Srbiji (37,6 %), Grčiji (28 %) in na Poljskem (32 % pri ženskah okoli 40 let) (Binkowska idr., 2005; Sedlecky in Rasevic, 2008; Skjeldestad, 2007; Tountas idr., 2004). V obdobju 2009–2013 se je raziskovalni interes opazno zmanjšal, saj je bilo v Medline objavljenih le 45 relevantnih povzetkov. Metoda se v tem času pojavlja predvsem v populacijskih raziskavah kontracepcije med adolescenti in odraslimi (Italija, ZDA, Uganda, Sudan, Grčija, Slovenija, Turčija, Iran, Poljska), pri čemer raziskave večinoma poudarjajo njeno nezanesljivost in povezanost z visoko stopnjo splavov (na primer Turčija, Iran, Curaçao). Novejše študije so se osredotočile tudi na biomedicinske in epidemiološke vidike. Izvedene so bile raziskave vsebnosti semenčic v preejakulatu (Killick idr., 2011) in raziskave primerjave sperme, pridobljene z različnimi metodami (z masturbacijo ali s prekinjenim spolnim odnosom), ki niso potrdile pomembnih razlik (Kamarul idr., 2010). Prav tako metoda ne vpliva na zmanjšanje dismenoreje (Lindh in Milsom, 2013), pri vnetjih sečil pa je ključni dejavnik higiena, ne kontracepcijska metoda (Demirbag idr., 2013). Pomemben javnozdravstveni vidik predstavljajo povezave s spolno prenosljivimi okužbami, saj je bila metoda pogosto prisotna med ženskami z okužbami, kot so klamidija, gonoreja, HIV in hepatitis B (Lao idr., 2011; Saxton idr., 2010; Ujević idr., 2009). Prekinjen spolni odnos torej ostaja razširjena, kulturno pogojena, vendar medicinsko nezanesljiva kontracepcijska metoda, katere raziskovanje se postopoma umika iz osrednjega medicinskega interesa, kljub njenim pomembnim implikacijam za reproduktivno in javno zdravje.

V zadnjih desetih letih se večina raziskav, povezanih s prekinjenim spolnim odnosom, osredotoča na pogostnost njegove uporabe. Multicentrična raziskava jugovzhodne Evrope in zahodne Azije (Fruhauf idr., 2021) je med uporabnicami prekinjenega spolnega odnosa ocenila povezave med uporabo metode in dejavniki, kot so starost, trajanje zakonske zveze, število otrok, izobrazba, kraj prebivališča ter premoženjski status gospodinjstva. Splošni trendi so pokazali, da so ženske pogosteje uporabljale prekinjen spolni odnos kot splošno metodo brez kontracepcije, vendar so ga uporabljale manj pogosto kot druge metode, če so imele več otrok, višjo izobrazbo ali višji premoženjski status (Fruhauf idr., 2021). Druga raziskava je primerjala demografske značilnosti žensk, ki uporabljajo sodobne metode kontracepcije, z ženskami, ki uporabljajo metodo prekinjenega spolnega odnosa, ter ocenila učinkovitost svetovanja o kontracepciji pri izbiri metode (Demir idr., 2021).

Sistematični pregled in metaanaliza, osredotočena na uporabo kontracepcije po porodu med ženskami v državah z nizkimi in srednjimi dohodki, sta pokazala, da se prekinjen spolni odnos pogosto uporablja zaradi domnevno nizkega tveganja za nosečnost, povezanega z dojenjem in amenorejo po porodu. Te domneve so pogosto povezane z zaskrbljenostjo glede neželenih učinkov drugih metod kontracepcije ter pomanjkanjem ustreznega svetovanja o načrtovanju družine (Dev idr., 2019). Multicentrična kvalitativna raziskava v Združenih državah Amerike je pokazala, da dajejo ženske, mlajše od 25 let, prednost prekinjenemu spolnemu odnosu, ker gre za neinvazivno metodo z domnevnimi manj škodljivimi učinki na telo (Berglas idr., 2021). Tudi avstralska raziskava je pokazala, da mlade ženske ocenjujejo metode kot je prekinjen spolni odnos bolje od hormonskih in drugih invazivnejših kontracepcijskih metod. Čeprav so bile na splošno zadovoljne, so nekatere udeleženske opozorile, da je njihovo zanašanje na manj učinkovite metode posledica pomanjkanja alternativ, negativnih izkušenj s hormonskimi kontraceptivi, nezadostnih informacij o drugih možnostih in težav pri dostopu do različnih metod (Coombe idr., 2022). Kvalitativni poglobljeni intervjuji z 38 črnopoltnimi in latinskoameriškimi ženskami, starimi od 18 do 24 let, so hkrati pokazali, da se mnoge odločijo za prekinjen spolni odnos, da bi povečale intimnost s svojimi partnerji, ker kondome v monogamnih

odnosih dojemajo kot odvečne, oziroma želijo ugoditi željam svojih partnerjev po večjem spolnem užitku (Arteaga in Gomez, 2016).

Čeprav so številne raziskave proučevale dejavnike, ki vplivajo na izbiro kontracepcijskih sredstev, ostaja specifični vpliv prekinjenega spolnega odnosa na spolnost žensk še vedno premalo raziskan (Fruhauf idr., 2021; Latack idr., 2021). V zadnjem desetletju so se začele pojavljati raziskave, ki obravnavajo povezavo s spolnostjo. V pregledni raziskavi Higgins in Smith (2016) je navedeno, da prekinitev spolnega odnosa vpliva na spolni užitek pri ženskah in moških. V raziskavi Latack idr. (2021) se je 59 % žensk opredelilo, da jih pri uporabi prekinjenega spolnega odnosa skrbi možnost zanositve, 13 % pa jih skrbi njegova učinkovitost, kar posledično vpliva na njihovo spolnost in kakovost življenja. V raziskavi Fu idr. (2019) so udeleženci, ki so uporabljali prekinjen spolni odnos, poročali, da je izlivanje zunaj vagine stimulativno ali vznburjajoče. Druga raziskava je pokazala, da tako pri ženskah kot pri moških tisti, ki menijo, da kondomi zmanjšujejo spolno zadovoljstvo, pogosteje uporabljajo drugo obliko kontracepcije ali pa zgolj prekinjen spolni odnos (Higgins in Wang, 2015).

Pomemben prispevek na tem področju predstavlja raziskava, ki je proučevala profil oseb s prezgodnjo ejakulacijo in z njo povezane dejavnike pri parih, ki uporabljajo prekinjen spolni odnos (Ozkan in Yildiz, 2020). Rezultati so pokazali, da čeprav tako moški kot njihove partnerke ocenjujejo nadzor nad ejakulacijo in zadovoljstvo s spolnim odnosom kot dobro ali zelo dobro, ocenjujejo osebno stisko in medosebne težave, povezane z ejakulacijo, kot »izredno/precej velike«. Podaljšanje časa uporabe prekinjenega spolnega odnosa je povečalo nadzor moških nad ejakulacijo, medtem ko podaljšanje trajanja zakonske zveze in višja starost parov povečuje njihove težave, povezane z ejakulacijo (Ozkan in Yildiz, 2020). Nazadnje velja izpostaviti raziskavo, ki je proučevala povezavo med uporabo določenih kontraceptivov in okužbami reproduktivnega trakta (Wang idr., 2016). Rezultati so pokazali, da je prekinjen spolni odnos zaščitni dejavnik za endocervicitis<sup>9</sup>, hkrati pa predstavlja dejavnik tveganja za trihomonijazo<sup>10</sup>.

Možnosti kontracepcije za moške se, kljub poskusom razvoja novih metod, v praksi že desetletja niso spremenile in so še vedno omejene na uporabo kondoma, občasno prekinjenega spolnega odnosa ali kirurški poseg – sterilizacijo moških (Tulsiani in Abou-Haila, 2010; Meriggiola in Gemzell-Danielsson, 2021). Razvoj novih metod za moške napreduje počasi, vendar raziskave učinkovitosti kažejo, da so hormonske kontracepcijske metode za moške učinkovite, reverzibilne in sprejemljive tako za moške kot za njihove partnerke. Najbolj obetavne so tablete z androgenom in progestinom ali posamezna tableta z androgenimi in progestogenskimi lastnostmi (Abbe idr., 2021).

### **2.2.2 *Prakse prekinjenega spolnega odnosa v zgodovini kontracepcije***

Prekinjen spolni odnos velja za eno najzgodnejših in najbolj razširjenih metod kontracepcije v zgodovini človeštva (Connell, 2002, str. 206). Najstarejšo pisno omembo te prakse najdemo v Svetem pismu, v Genezi, kjer je opisan primer Onana, ki med spolnim odnosom »stresa seme na tla«, da ne bi zaplodil potomca (Walker, 1997, str. 163; Sveto pismo Stare in Nove zaveze, 1991, str. 46). Že v obdobju plemenskih družb so se poleg uporabe različnih rastlin, postopkov za preprečevanje zanositve ter sredstev za sprožitev prezgodnjega poroda in abortusa prakticirale tudi metode, kot je prekinjen spolni

---

<sup>9</sup> Endocervicitis je vnetje sluznice materničnega vratu.

<sup>10</sup> Trihomonijaza je spolno prenosljiva okužba, ki jo povzroča parazit bičkar *Trichomonas vaginalis*.

odnos. V tem obdobju, ki ga pogosto označujemo kot nerazvito, je bila ženska suverenost nad razmnoževanjem samoumevna, zato o posebni pravici do nadzora nad rojstvi, ki bi jo bilo treba podeliti, sploh ni bilo govora (Benedict, 1970 v Heinsohn in Steiger, 1993, str. 38–39).

Najstarejši papirusni dokumenti, ki obravnavajo kontracepcijske prakse, izvirajo iz Egipta in segajo v obdobje med letoma 1900 in 1100 pr. n. št. V teh virih so opisani recepti za vaginalne tampone, prepojene z akacijevim smolo, medom in krokodiljim blatom, katerih namen je bil blokirati ali uničiti spermo (Ranke-Heinemann, 1992, str. 70). Praksa prekinjenega spolnega odnosa v teh dokumentih ni omenjena.

Ne zasledimo je niti v osrednjih znanstvenih delih grško-rimskih avtorjev, kot so Aristotel, Plinij in Soranus, na katerih je temeljilo tedanje znanje o kontracepciji (Ranke-Heinemann, 1992, str. 71; Jütte, 2008, str. 42–50). Soranus iz Efeza je v začetku 2. stoletja n. št. napisal delo *Ginekologija*, v katerem je podrobno opisal takrat znana kontracepcijska sredstva. To delo je predstavljalo najpomembnejši vir znanja o preprečevanju zanositve najprej v rimskem svetu, pozneje v arabskem prostoru in nato še v srednjeveški Evropi. Med opisanimi metodami so bili na prvem mestu različni napitki za ženske, sledila so sredstva za nanašanje na maternični vrat, ki naj bi preprečevala vdor sperme v maternico, ter mazila za moški spolni ud, namenjena uničevanju semenčic. Prekinjen spolni odnos v teh delih ni omenjen, kar Noonan (v Jütte, 2008, str. 42–50) razlaga z dejstvom, da je bil v tistem času tako samoumeven, da ni potreboval posebne razlage. Ranke-Heinemann (1992, str. 71) pa se sprašuje, ali so že takrat raje priporočali metode, ki so jih uporabljale izključno ženske. Iz tega je mogoče sklepati, da so se Grki in Rimljani že zgodaj zavedali neučinkovitosti prekinjenega spolnega odnosa ter neenakega položaja žensk, ki so pri spolnem odnosu nosile večje tveganje, zato so spodbujali uporabo kontracepcijskih sredstev, ki so bila v domeni žensk.

Temelje prepovedi uporabe kontracepcije v Rimskokatoliški cerkvi je pomembno zaznamoval Avguštin, eden najvplivnejših cerkvenih očetov, ki je zagovarjal stališče, da je Onan umrl, ker praksa prekinjenega spolnega odnosa ni bila po Božji volji. Prekinjen spolni odnos je bil skupaj z analnim in oralnim spolnim odnosom uvrščen med oblike spolnosti, pri katerih ne pride do zanositve, zato so bile zanje predpisane stroge cerkvene kazni. Po frankovski *Hubertenski knjigi pokore*, nastali v obdobju med letoma 680 in 780, je bila za prakso prekinjenega spolnega odnosa predpisana desetletna cerkvena pokora, enaka kazni za preprečevanje zanositve z napitki in celo za naklepni umor. Prekinjen spolni odnos je bil opredeljen kot smrtni greh, v teološkem jeziku tistega časa pa kot izliv »zunaj prave posode« (Ranke-Heinemann, 1992; Jütte, 2008, str. 77). V 13. stoletju je Tomaž Akvinski med najtežje grehe uvrstil samozadovoljevanje, občevanje z živalmi, homoseksualnost, analni in oralni spolni odnos ter prekinjen spolni odnos, ki ga je ocenil za hujšega od krvoskrunstva, posilstva in prešuštva (Ranke-Heinemann, 1992, str. 199–200). V 15. stoletju je Bernardin Sienski uporabnike sredstev za preprečevanje nosečnosti označil za morilce lastnih otrok, ki sicer ne ubijajo z mečem, temveč s svojimi dejanji (Ranke-Heinemann, 1992, str. 216).

Z demonizacijo spolnosti in povezovanjem spolnih praks z domnevnim zavezništvo s hudičem so teologi v 15. stoletju pomembno prispevali k nastanku splošne družbene histerije, ki je privedla do inkvizicijskih postopkov. Ti so bili usmerjeni proti posameznikom, obtoženim čarovništva, zlasti tistim, ki naj bi moškim preprečevali oploditev in ženskam zanositev. V delu *Čarovniško kladivo (Malleus maleficarum)*, objavljenem leta 1487, so bila dejanja, usmerjena »zoper naravo razmnoževanja«, opredeljena kot hude pregrehe. Mednje je bil uvrščen tudi »koitus zunaj predpisane posode«, ki je bil

kaznovan s smrtno kaznijo, tudi v primerih, ko čaranje ni bilo dokazano (Ranke-Heinemann, 1992, str. 232–233).

V delu *Compendium Maleficarum* iz leta 1608, ki ga je napisal italijanski avtor Francesco Maria Guazzo, znan kot teoretik čarovništva in sodni prisednik v čarovniških procesih, je bil prekinjen spolni odnos uvrščen med sedem zlih dejanj (*maleficia*). Ta naj bi povzročala »impotenco« in »hiranje posameznega uda«, kar Guazzo označuje z izrazom *impotentia ex maleficio* (Heinsohn in Steiger, 1993, str. 74–75). Redki demografi ocenjujejo, da je v 16. stoletju med porodom umrlo približno 10 % žensk (Livi Bacci, 2005). Zaradi strahu pred smrtjo so se ženske pogosto izogibale izpolnjevanju tako imenovanih zakonskih dolžnosti, zaradi česar so se moški po nasvete in razrešitve zatekali v spovednice. Cerkvena razmišljanja v tem obdobju se niso toliko opirala na dejansko življenjsko realnost, temveč predvsem na dolgoletno tradicijo in teološko izročilo (Flandrin, 1986, str. 95–203). Pomemben preobrat v krščanski morali je predstavljal vpliv Martina Luthra, ki je s svojim naukom o opravičenju prispeval k izenačevanju manjših in večjih grehov na področju spolne morale ter s tem odprl pot postopni liberalizaciji moralnih norm (Ranke-Heinemann, 1992, str. 263).

Praksa prekinjenega spolnega odnosa je bila, poleg sprožanja splavov in vzdržnosti zaradi pozne poroke, eden ključnih dejavnikov za zniževanje rodnosti v predindustrijski Evropi (Potts, 1985, v Berek, 1996, str. 230; Connell, 2002, str. 207). Predstavljala je najučinkovitejšo metodo nadzora rodnosti v 19. stoletju v kolonialni Ameriki, saj je bila v tem obdobju praktično edina razpoložljiva možnost za omejevanje števila rojstev (Farrell Brodie, 1997, str. 27).

Protestant Thomas Malthus je v okviru razprav o vzdržnosti zapisal, da je moralno sporno rojevati otroke, če jim starši ne morejo zagotoviti ustrezne prehrane in vzgoje (Flandrin, 1986, str. 204; Jütte, 2008, str. 106–107). Pomemben prelom do kontracepcije v krščanskem odnosu je predstavljal Anglikanska cerkev, ki je na konferenci v Lambethu 15. avgusta 1930 uradno sprejela stališče, da je uravnavanje rojstev stvar odločitve zakoncev in njihovih svetovalcev. Temu stališču so se pozneje pridružile tudi druge protestantske cerkve (Jütte, 2008, str. 194–195; Ranke-Heinemann, 1992, str. 300; Pavel VI., 1968).

V Koranu kontracepcija ni izrecno omenjena, vendar tudi ni prepovedana. Islamski pravni strokovnjaki (ulame) se pri razpravah o tem sklicujejo na izreke preroka Mohameda, v katerih ta dovoljuje uporabo prekinjenega spolnega odnosa pod pogojem, da se z njim strinja tudi ženska. Prerok naj bi celo poudaril, da bi, če bi se seme, iz katerega bi se lahko rodil otrok, razlilo po skali, Bog na tej skali lahko zgradil trdnjavo, kar nakazuje na božjo suverenost nad stvarjenjem (Connell, 2002, str. 207; Jütte, 2008, str. 27–28). Islam kot religija nikoli ni prepovedoval nobene oblike kontracepcije in je leta 1964 v skladu z islamskim pravom uradno dovolil vse oblike nadzorovanja rojstev (Jütte, 2008, str. 198).

Že v starodavni judovski tradiciji je bila odločitev o uporabi kontracepcije prepuščena ženskam. Kontracepcija je bila povezana z razumevanjem zakona, ki ni bil sklenjen izključno z namenom rojevanja otrok. Dovoljen je bil zakon z žensko, ki ni bila zmožna rojevati, vendar so se od moških brez potomcev pričakovale zakonske zveze z ženskami, zmožnimi prokreacije. Praksa prekinjenega spolnega odnosa je bila v judovski tradiciji razumljena kot vnaprejšnje uničenje življenja v njegovi najzgodnejši obliki, zato ni bila sprejemljiva, medtem ko so bile druge oblike ženske kontracepcije dovoljene, kadar so temeljile na odločitvi ženske same. Judovska filozofija izhaja iz spoznanja, da je tveganje, povezano z nosečnostjo, izključno na strani ženske, kar ji daje pravico do odločanja o lastnem telesu (Connell, 2002, str. 207; Jütte, 2008).

V 19. stoletju je bila v Združenih državah Amerike starodavna metoda prekinjenega spolnega odnosa predmet obsežnih razprav in številnih pisnih obravnav. Metodo so priporočali različni avtorji, med njimi Robert Dale Owen, Calista Hall z možem Plinyjem ter Richard Carlile. Avtorji so razlikovali med popolnim prekinjenim spolnim odnosom, pri katerem se moški spolni ud v celoti umakne iz nožnice, in delnim prekinjenim spolnim odnosom, pri katerem se zgodi umik iz materničnega vratu, ne pa tudi iz nožnice (Farrell Brodie, 1997, str. 59–67).

Leta 1931 je dr. Abraham Stone z analizo preejakulata moških dokazal prisotnost semenčic, zaradi česar je prakso prekinjenega spolnega odnosa odsvetoval kot zanesljivo obliko kontracepcije (Connell, 2002, str. 208). Leta 1949 je Kraljeva komisija za prebivalstvo (angl. *Royal Commission on Population*) v Združenem kraljestvu pripravila obsežno strokovno analizo uporabljenih kontracepcijskih praks in njihovih izidov. V sedemdesetih letih 20. stoletja je Svetovna raziskava o rodnosti (angl. *World Fertility Survey – WFS*) izvedla obsežno raziskavo z namenom ovrednotenja prekinjenega spolnega odnosa kot kontracepcijske metode ter razjasnitve njegove vloge v globalnem kontekstu (Connell, 2002, str. 208). Rezultati, predstavljeni leta 1983 v Londonu na srečanju United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) in Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), so pokazali večjo razširjenost uporabe metode v nerazvitem svetu ter njeno pomembno vlogo tako v razvitih kot v nerazvitih državah (Connell, 2002, str. 208).

### **2.2.3 Zgodovina prakse prekinjenega spolnega odnosa kot kontracepcije v Sloveniji in današnje stanje**

Teoretični in raziskovalni del naloge vključuje tudi zgodovinski pregled literature, ki se osredotoča na prakso opisovanja in propagiranja prekinjenega spolnega odnosa na slovenskem prostoru v 20. stoletju, pred uvedbo sodobnih metod kontracepcije. V poglavju sta obravnavana dva starejša vira, ki sodita med najzgodnejše omembe prekinjenega spolnega odnosa v slovenskem jeziku. Ta vira omogočata vpogled v zgodnje razumevanje in diskurz o tej kontracepcijski praksi na Slovenskem ter hkrati omogočata primerjavo z nadaljnjim razvojem in razumevanjem metode v kasnejšem obdobju.

Jurij Karel Starovašnik (1748–1790), doma iz Kamnika in profesor fiziologije na Medicinski fakulteti v Freiburgu na Badenskem, je bil prvi na Zahodu, ki je leta 1781 objavil razpravo *Dissertatio de sterilitate humana*, v kateri je obravnaval moško subfertilnost (Borisov, 1995, str. 141). Razprava je vključevala diagnostiko in neposredne vzroke za nastanek »jalovega« zakona. Slovenski porodničar in ginekolog Alojzij Valenta, ki je imel evropski sloves in je leta 1890 na Kranjskem uspešno izvedel prvi carski rez z ohranitvijo maternice, je napisal edinstven medikohistorični prispevek o dr. Starovašniku. V njem je razpravljal o vlogi prekinjenega spolnega odnosa in z njim povezanih ginekoloških motnjah. Valenta je prekinjen spolni odnos krivil za trajno obolenje maternice, metritis<sup>11</sup> in nevrastenijo<sup>12</sup>. Menil je, da so ženske, ki so v prvih letih zakona zaporedoma rodile dva ali tri otroke in bile na splošno zadovoljne v življenju, nenadoma postale jalove ter razvile vrsto histeričnih napadov. Po njegovem mnenju so postale nevrotične, sebi in okolici v nadlego, počutile so se frigidne ter mučile so jih čutne sanje, povezane z orgazmom (Borisov, 1995, str. 141–142).

<sup>11</sup> Metritis je vnetje mišične plasti maternice.

<sup>12</sup> Nevrastenija – izraz je leta 1869 uvedel Beard za označevanje sindroma kronične duševne in telesne šibkosti ter utrujenosti, ki naj bi bila posledica izčrpanosti živčnega sistema. V literaturi se pojavlja tudi pod poimenovanji Beardova bolezen, nevrastenična nevroza in živčna izčrpanost (W. B. Saunders Dictionary Staff, 1994, str. 1127).

V poljudnoznanstveni reviji *Zdravje*, ki je izhajala med leti 1925 in 1940, v kateri so objavljali zdravniki, je bilo več člankov o umetni prekinitvi nosečnosti ter razprav, kako jo zmanjšati. V teh prispevkih kontracepcija kot druga možnost ni bila omenjena niti z besedo. Šavnik je na strokovnem sestanku Zdravniškega društva leta 1936 v Ljubljani govoril o Ogino-Knausovi metodi in pomenu kontracepcije (Borisov, 1995, str. 190), vendar ni podatka, ali se je takrat razpravljalo tudi o prekinjenem spolnem odnosu. Istega leta je v *Zdravniškem vestniku* izšlo več njegovih člankov, med drugim tudi članka Štreklja in Justina o tej, takrat očitno popularni, metodi (Evgenika, 1936). Pred tem sta omembo metode že podala Breclj (1933) in Rakuljič-Zelov (1934). V pregledanih izdajah *Zdravniškega vestnika* od prvega letnika leta 1929 do leta 1941 omembe prekinjenega spolnega odnosa nisem zasledila. Našla pa sem prispevek zdravnice Fink (1933), ki je odgovarjala na vprašanje, katere kontracepcijske metode se običajno predpisujejo. Omenila je štiri različne substance za izpiranje nožnice, pri čemer je opozarjala na škodo, ki jo te snovi povzročijo vagini, in svetovala, naj moški raje uporabijo kondom (Fink, 1933). Zalokar v svojih knjigah *Pet let ginekologije in porodništva* ter *Poročilo o ginekološkem in porodniškem delu* v letih 1920–1936 kontracepcije prav tako ne omenja (Zalokar, 1925, 1937). Leta 1937 je bila izdana knjižica *Regulacija rojstev* avtorja Karla Petriča. V prvem delu avtor predstavi uvod o regulaciji rojstev skozi zgodovino od Maltusa naprej in ves čas zagovarja vzdržnost kot način uravnavanja rojstev. V drugem delu pa predstavi Ogino-Knausovo metodo (Petrič, 1937).

V reviji *Ženski svet* (pregledani izvodi od leta 1923 do 1941) je Olga Grahor leta 1936 v poglavju *Književnost in umetnost* razpravljala o knjigi Milice Stupan *Knaus-Oginova metoda* in javno izrazila svoje nestrinjanje s predstavljenimi vsebinami (Grahor, 1936). Stupan v prvem delu opisuje razmere, v katerih živijo ženske na Slovenskem, v drugem delu pa predstavlja takrat novo Ogino-Knausovo metodo zaščite (Stupan, 1936). Avtorica poudarja težaven položaj žensk ob prepovedi splava, zaradi česar se nekatere zatekajo k praksi prekinjenega spolnega odnosa ali k metodam izpiranja nožnice, ki pa jih zdravniki ne smejo svetovati ali oglaševati. Hkrati se Stupan zavzema za legalizacijo splava in kontracepcije (Stupan, 1936).

O Ogino-Knausovi metodi se je v reviji *Ženski svet* kasneje razpravljalo še dvakrat (Grahor, 1938; Škerlj, 1936). Praksa prekinjenega spolnega odnosa je bila omenjena tudi v *Univerzalnem informativnem priročniku za ženski svet* v poglavju *Higiena poročene ženske*, kjer je opisana kot »nepravilno spolno občevanje«. V priročniku je označena kot škodljiva praksa, ki negativno vpliva na moškega in žensko ter lahko povzroča duševne in živčne motnje (Pčeljnikov, 1937, str. 301).

V slovenski jezik sta bili v 20. stoletju prevedeni dve pomembni evropski knjigi, ki omenjata prakso prekinjenega spolnega odnosa: *Popolni zakon II* nizozemskega ginekologa Van de Velda (1936) in *Spolno vprašanje* evropskega seksologa Forela (1937), obe izdani pri založbi Umetniška propaganda. Van de Velde opisuje prekinjen spolni odnos kot obliko »porušenega spolnega občevanja«. Po njegovi razlagi mora moški, da bi preprečil oploditev, izvleči falus iz vagine v trenutku ejakulacijskega refleksa. S tem doseže delno sproščanje naslade in napetosti, vendar ne v polni meri, zato ni priporočljiv za »nevrozne« posameznike, saj lahko v trenutku največjega spolnega vznburjenja pride do motenj pri doseganju orgazma. Za žensko načeloma ta postopek ni neposredno škodljiv, vendar lahko povzroči izostanek sproščanja naslade in napetosti, kar podaljša čas, potreben za sprostitev tega nivoja napetosti in za ponovno doseg primarnega ravnovesja (Van de Velde, 1936, str. 24–26). Avtor poudarja, da je metodo obširno opisal zaradi njene široke uporabe, vendar meni, da je primerna le za »mlačno žensko«, moškega z »močnimi živci«, ki spolnega odnosa ne dojema kot intimnega akta s partnerko, ampak želi zadovoljiti samo svoj spolni nagon in »se ne meni za svojo ženo 'kot ženo'«, ter



za redko spolno občevanje brez »harmoničnega, cvetočega spolnega življenja«. Van de Velde razdelek zaključí: »Za seksualno polnovredne ljudi je sistematični coitus interruptus ne le ponižanje, temveč tudi sramotenje zakona, nevarnost za zdravje moža in zločin na ženi« (Van de Velde, 1936, str. 26).

Forel v poglavju *Medicina in spolno življenje* opisuje prekinjen spolni odnos kot zelo mučno in nezanesljivo metodo, ki zahteva poseben duševni napor, če želi posameznik »utelešiti svoj spolni nagon, ne da bi kaj zaplodil« (Forel, 1937, str. 264). Oba avtorja citira tudi Bohorič (1940) v knjigi *Spolno življenje*, kjer prav tako opozarja, da dolgotrajna uporaba prekinjenega spolnega odnosa škoduje tako moškemu kot ženski, saj vodi »do trajnih težko ozdravljivih bolezni telesa in duše«. Menil je, da je metoda še posebej škodljiva za ženske, ker zaznavanje ejakulacije partnerja običajno sproži njihov orgazem, ki pa ga pri tej metodi ni mogoče doseči (Bohorič, 1940, str. 59–60).

V nadaljevanju analizo nadgrajujem s širšim pregledom literature, ki obravnava omembe prekinjenega spolnega odnosa v okviru kontracepcijskih metod, od zgodovinskih razprav do razvoja in umeščanja sodobnih kontracepcijskih praks v slovenskem prostoru. Ob tem vključujem tudi pregled virov in znanstvenih prispevkov, objavljenih v Sloveniji, ki so obravnavali kontracepcijo v obdobju pred uveljavitvijo sodobnih kontracepcijskih metod.

Porodničar Pavel Lunaček je leta 1950 izdal učbenik *Porodniške operacije, prvi del*, v katerem ni bilo omenjenih nobenih kontracepcijskih metod ali prakse prekinjenega spolnega odnosa (Lunaček, 1950). Takšnih zapisov ni ne v Pintarjevem *Porodništvu* (Pintar, 1944), niti v Lavričevih učbenikih *Porodništvo* (Lavrič, 1949) in *200 let Ljubljanske babiške šole* (Lavrič, 1953). Prof. Novak je leta 1961 v knjigi *Ginekologija* v poglavju o mehaničnih pripomočkih in načinih kontracepcije omenil prakso prekinjenega spolnega odnosa kot najbolj razširjeno metodo kontracepcije pri nas in po svetu. Poleg njene nezanesljivosti je izpostavil še drugo pomanjkljivost, in sicer »stalno živčno napetost med občevanjem pri obeh partnerjih, zlasti pri ženski, ki nima v svoji oblasti potrebnega regulatorja ali indikatorja za pravočasno prenehanje« (Novak, 1961, str. 144). Novak je napisal tudi knjižico *Spočetje po naši volji ali o kontracepciji*, v kateri opisuje predvsem dve zanesljivi metodi kontracepcije, diafragmo ali kondom. Prekinjen spolni odnos omenja kot metodo, ki ni primerna za »hitre« moške in tiste, ki se ne poznajo, ter ni primerna za počasne ženske in za tiste, ki ne zaupajo možu. Po njegovem mnenju metoda ni neposredno škodljiva, čeprav nekateri menijo, da povzroča živčnost pri obeh partnerjih in lahko vodi do rasti miomov<sup>13</sup> pri ženski (Novak, 1957).

V poljudnoznanstveni reviji *Priroda, človek in zdravje*, ki je izhajala med letoma 1945 in 1980, sta bila objavljena le dva članka na temo kontracepcije. Novak (1955a) v članku *Kontracepcija* napove prihod diafragme, izdelane v Sloveniji, vendar med opisanimi metodami kontracepcije ne omenja prakse prekinjenega spolnega odnosa, medtem ko jo Krajnc-Simoneti (1973) v svojem članku iz leta 1973 izrecno navaja. Novak (1956) v članku *O kontracepciji*, objavljenem v *Babiškem vestniku*, prekinjenega spolnega odnosa ni vključil, pri čemer pojasni, da tega ni storil »ker bi bilo predolgo, marveč bom prešel na sredstva, ki jih ima v rokah žena in ki so popolnoma sigurna« (Novak, 1956, str. 104).

O kontracepciji se je v Sloveniji med letoma 1949 in 1963 pisalo predvsem v *Babiškem vestniku* (v pregledanih izdajah od 1949 do 1963), precej več kot v reviji *Priroda, človek in zdravje*. Leta 1958 je o kontracepciji pisal Tekavčič, naslednje leto pa Lavrič, pri čemer nihče od njiju ne omenja prakse prekinjenega spolnega odnosa (Lavrič, 1959; Tekavčič, 1958). Lavrič med metodami kontracepcije za

<sup>13</sup> Miomi so benigni tumorji mišične plasti maternice.

ženske navaja diafragmo, kondom in Ogino-Knausovo teorijo. Lidija Andolšek je objavila dva članka (Andolšek, 1960, 1962), Perlič pa v članku *Babica in načrtovanje družine* svetuje uporabo kombinacije dveh manj zanesljivih metod – prekinjenega spolnega odnosa in naravnih metod ali spermicida (Perlič, 1962).

V strokovni reviji *Obzornik zdravstvene nege* (izhaja od leta 1954) sta bila objavljena le dva članka o kontracepciji: prvi avtorja Novaka, v katerem je med metodami kontracepcije omenjena praksa prekinjenega spolnega odnosa, in drugi z naslovom *Hormonska kontracepcija*, avtorice Pompe-Tanšek (Novak, 1955b; Pompe-Tanšek, 1958).

Povzamemo lahko, da se je na Slovenskem med obema vojnama v poljudnoznanstvenih in znanstvenih revijah o kontracepciji, z izjemo Ogino-Knausove metode, pisalo zelo malo. Izjema sta prispevek zdravnice Fink v *Zdravniškem vestniku* (Fink, 1933) in opis knjige proletarke Milice Stupan, ki se je javno zavzela za legalizacijo splava in kontracepcije, čeprav so ji meščanke nasprotovale. Kontracepcijo so omenjale tudi ženske v okviru ženskega gibanja (Žene na branik ..., 1927, str. 3). Praksa prekinjenega spolnega odnosa je bila opisana v slovenski knjigi *Univerzalni informativni priročnik za ženski svet*, kjer so jo povezovali z duševnimi in živčnimi motnjami, ter v prevodih knjig Van de Velda in Forela. Po drugi svetovni vojni se je o praksi prekinjenega spolnega odnosa, kadar je bila omenjena, pisalo na podoben način: kot o pogosto uporabljeni, vendar nezanesljivi metodi.

V nadaljevanju je obravnavana omemba prekinjenega spolnega odnosa v slovenskih učbenikih in publikacijah za laično javnost, v obdobju, ko so bile sodobne kontracepcijske metode že uveljavljene in vključene v kontracepcijsko prakso v slovenskem prostoru.

V 80. letih je bila praksa prekinjenega spolnega odnosa omenjena tudi v slovenski literaturi o načrtovanju družine. V poljudni knjižici *Načrtujmo potomstvo* avtorjev Borko in Andolšek (1980) je navedena kot nezanesljiva metoda, katere glavna slabost je, da ženska ne doseže sprostitev ali orgazma, ob stalni uporabi pa lahko vodi do spolne hladnosti oziroma frigidnosti (Borko in Andolšek, 1980, str. 28). Podobno je v knjigi *Planiranje obitelji* avtoric Randić in Andolšek (1984) prekinjen spolni odnos uvrščen med metode kontracepcije, pri čemer je opozorjeno, da je povečano tveganje za neželjeno nosečnost in možnost številnih čustvenih motenj pri obeh partnerjih. Dolgotrajna uporaba lahko v izjemnih primerih povzroči psihično impotenco pri moškem ali frigidnost pri ženski, najpogosteje pa le poveča živčno napetost. Če pa par metodo uporablja uspešno in brez psihične obremenitve, sama po sebi ni nevarna (Randić in Andolšek, 1984, str. 118).

Pajntar in Novak-Antolič v učbeniku za študente medicine *Nosečnost in vodenje poroda*, izdanem leta 1994, kontracepcijskih metod ne omenjata, zato ne zasledimo niti omembe prakse prekinjenega spolnega odnosa (Pajntar in Novak-Antolič, 1994).

Po drugi svetovni vojni je bila praksa prekinjenega spolnega odnosa pogosto povezana s splavom in je veljala za takrat najpogostejšo, sicer tradicionalno, kontracepcijsko metodo. V slovenski raziskavi iz leta 1963, v kateri je sodelovalo 1.960 žensk, je 44 % uporabljalo prekinjen spolni odnos, 22 % diafragmo, 5 % kondom, 10 % druge kombinacije metod, medtem ko je 30 % žensk legalni splav ocenilo kot sprejemljivo metodo regulacije plodnosti (Andolšek, 1964 v David, 1999, str. 303). Takšni podatki so ginekološko stroko spodbudili k pospešenemu uvajanju sodobnih kontracepcijskih metod z namenom zmanjšanja števila splavov.

V raziskavah, opravljenih po drugi svetovni vojni in vse do danes, se praksa prekinjenega spolnega odnosa ni posebej raziskovala, vendar je zaradi razširjenosti in pogoste uporabe omenjena v vseh večjih študijah na slovenskem področju. V raziskavi *The Abortion Study* iz leta 1974 je največ žensk (39 %), ki so prišle na splav, uporabljalo prekinjen spolni odnos in ritmično metodo, medtem ko jih je bilo več (42 %) samo brez kontracepcije (Andolšek, 1974). Boh (1975) v raziskavi *Socialno-psihološki faktorji v načrtovanju družine* preučuje dejavnike, ki vplivajo na uporabo kontracepcije, različne načine regulacije rojstev ter odnos ljudi do posameznih metod. Ugotovila je, da so stare, tradicionalne metode, vključno s prekinjenim spolnim odnosom, pogostejše pri zakonskih parih, kjer so spolni odnosi bolj regulirani, partnerja tesneje povezana in kjer faktor varnosti nima tako velike teže (Boh, 1975, str. 74).

Leta 1976 je Boh izvedla raziskavo *Regulacija fertilitnosti v različnih slojih slovenske družbe (I. in II. del)*, v kateri je preučevala socialna okolja in situacije, opredeljene z različnimi socioekonomskimi, sociološkimi, psihološkimi in biološkimi dejavniki, ki oblikujejo vzorce prokreativnega vedenja, specifične za posamezne skupine žensk. Ugotovila je, da je prekinjen spolni odnos pred prvim obiskom Inštituta za načrtovanje družine prakticiralo 43 % poročenih žensk z otroki, pri mlajših neporočenih ženskah pa 39 % (Boh, 1976a, str. 81–82). Raziskava ni podala posebnih zaključkov glede prakse prekinjenega spolnega odnosa (Boh, 1976a, 1976b).

Dvajset let po omenjenih raziskavah je v Sloveniji, po podatkih iz nacionalnega poročila iz leta 1996 (Kožuh-Novak idr., 1998, str. 57), prekinjen spolni odnos kot obliko kontracepcije uporabljalo 15,6 % uporabnikov, medtem ko je večina uporabljala hormonsko kontracepcijo (32,4 %). O razširjenosti prakse prekinjenega spolnega odnosa v Sloveniji lahko sklepamo tudi na podlagi raziskave Klavs iz leta 2000, v kateri je pri prvem spolnem odnosu prekinjen spolni odnos uporabila skoraj dve tretjini moških in žensk (Bernik in Klavs, 2011, str. 142). Podatki iz nacionalnega poročila *EU Reproductive Health Report* iz leta 2011 kažejo, da je prekinjen spolni odnos kot metodo kontracepcije v Sloveniji uporabljalo 13,1 % uporabnikov (Oliveira da Silva, 2011).

Podatki iz prijav fetalnih smrti, ki jih zbira Nacionalni inštitut za javno zdravje, kažejo, da je bilo v zadnjem desetletju med razlogi za umetno prekinitev nosečnosti še vedno največ primerov povezanih z uporabo prekinjenega spolnega odnosa kot kontracepcijske metode (IVZ RS 2008, 2009, 2010, 2011, 2012; NIJZ 2022). Leta 2007 je v Sloveniji umetno prekinitev nosečnosti opravilo 17,6 % žensk (910 od 5.176), ki so zanosile ob uporabi prekinjenega spolnega odnosa (IVZ RS, 2008). Leta 2011 je bilo takšnih primerov 766, kar predstavlja 17,9 % vseh 4.263 splavov (IVZ RS, 2012). V letu 2022 pa je zaradi uporabe prekinjenega spolnega odnosa umetno prekinitev nosečnosti opravilo 257 žensk, kar predstavlja 8,6 % vseh žensk, ki so se odločile za splav (NIJZ, 2024). V primerjavi z letom 1974, ko je zaradi uporabe prekinjenega spolnega odnosa in ritmične metode na splav prišlo 39 % žensk (Andolšek, 1974), je opazen pozitiven trend – dolgoročni upad števila splavov, povezanih s to prakso.

#### **2.2.4 Pogled na metodo z vidika različnih družboslovnih in naravoslovnih ved**

O fizičnih in duševnih posledicah prakse prekinjenega spolnega odnosa se je skozi čas oblikovalo veliko mitov. Pripadniki medicinskih in verskih skupnosti so jo ocenjevali različno, pripisovali pa so ji tako pozitivne kot negativne učinke. V določenih obdobjih je prevladovalo prepričanje, da moški, ki uporablja prekinjen spolni odnos kot kontracepcijsko metodo, tvega razvoj impotence, nekateri urologi pa so menili, da lahko takšna praksa vodi tudi do obolenja prostate.

Leta 1878 so predavatelji na British Medical Association sklenili, da naj bi prekinjen spolni odnos zaradi domnevno negativnega moralnega in telesnega vpliva povzročal različna zdravstvena in psihološka stanja, med drugim levkorejo<sup>14</sup>, metritis, neplodnost, nimfomanijo ter druge resne posledice, kot so hitro rastoči rak in samomorilnost. Ti sklepi so bili v veliki meri utemeljeni na religioznih in moralnih prepričanjih, ne pa na empiričnih dokazih o učinkih same metode (Connell, 2002, str. 207). Odnos do prakse prekinjenega spolnega odnosa je bil tako skozi zgodovino zaznamovan s prepletanjem pozitivnih in negativnih stališč znotraj medicinskih in verskih skupnosti. V Rimskokatoliški cerkvi je bila ta praksa jasno opredeljena kot nesprejemljiva kontracepcijska metoda. Ker cerkev nad njeno uporabo ni imela učinkovitega nadzora, so se o njej širila številna negativna prepričanja in miti. Medicina, ki je bila v tem obdobju zaradi raziskovalnih možnosti tesno povezana s cerkvenimi institucijami, je prevzela številne cerkvene moralne norme ter jih pogosto predstavljala kot znanstvena dejstva. S tem je sodelovala pri utrjevanju mitov o prekinjenem spolnem odnosu, kar pa ni bil edini primer poseganja medicine tistega časa v področje zasebnega življenja.

Ko je v 19. stoletju v Združenih državah Amerike Robert Dale Owen priporočal prekinjen spolni odnos kot metodo uravnavanja rojstev, so se številni tedanji zdravniki, med njimi Cooke, Goodell, Coles in Bangs, do te prakse izrazito kritično opredeljevali. William Goodell, profesor klinične ginekologije, je različne težave, o katerih so poročale njegove pacientke – kot so slabost, izguba apetita, razbijanje srca in ljubosumnost – neposredno pripisoval uporabi prekinjenega spolnega odnosa (Farrell Brodie, 1997, str. 59–67).

Že na začetku prejšnjega stoletja so se pojavila stališča, da je metoda prekinjenega spolnega odnosa z vidika ženske spolnosti neustrezna. Zdravnica Ann Fischer-Dückelmann je leta 1901 izdala zelo obsežen medicinski priročnik *The Wife as Family Doctor*, v katerem je kritično obravnavala prakso prekinjenega spolnega odnosa, ki je bila v tedanji Nemčiji zelo razširjena. Menila je, da ta praksa ženskam odreka »potrebno izpolnitev za njihovo telesno zdravje«, saj jih ne pripelje do telesne sprostitve oziroma orgazma (Jütte, 2008, str. 119).

Sigmund Freud je prakso prekinjenega spolnega odnosa povezoval z nastankom t. i. »anksiozne nevroze«, ki naj bi izhajala iz dejstva, da ženska med spolnim odnosom ne doseže orgazma (Jütte, 2008, str. 148). Menil je, da lahko takšna oblika spolnega vedenja zaradi spolne nezadovoljitve prispeva k razvoju nevrastenije, histerije in drugih anksioznih motenj (Farrell Brodie, 1997, str. 63).

Praksa prekinjenega spolnega odnosa nalaga odgovornost za preprečevanje zanositve moškemu, medtem ko morebitno posledico – nosečnost – v celoti nosi ženska (Walker, 1997, str. 163). Pri nekaterih pari ta metoda pomeni, da ženska ostane v stanju visoke spolne vzburjenosti brez orgazmične sprostitve. Takšni pari so lahko pod večjim psihičnim in telesnim pritiskom ter potrebujejo dodaten napor za doseganje zadovoljitve in razbremenitve spolne napetosti obeh partnerjev. Prekinitev spolnega stika z nabreklo vagino lahko zmanjša intenzivnost moškega orgazma, pri ženski pa se lahko faza spolnega vzburjenja nenadoma prekine zaradi odsotnosti nadaljnje penilne stimulacije. To ne vpliva zgolj na zmanjšanje užitka, temveč lahko vodi tudi v frustracijo in občutke nezadovoljstva (Shoupe in Kjos, 2006, str. 192). Prekinjen spolni odnos je zato pogosto povezan s prekinjenim spolnim užitkom, zlasti pri ženskah.

---

<sup>14</sup> Levkoreja – beli tok

V raziskavi Shere Hite, objavljeni v knjigi *Seksualni život žene*, so ženske zelo enotno opisovale svoje občutke v situacijah, ko partner tik pred njihovim orgazmom spremeni ali preneha z draženjem, ki jih je pripeljalo v stanje visoke vznemirjenosti. Ta občutja so opisovale kot občutke prikrajšanosti, krivde, prevare, prizadetosti, žalosti, ponižanja, jeze, razočaranja, užaljenosti, potrnosti, nezadovoljstva, negotovosti in telesne napetosti, pri čemer so nekatere navajale tudi telesne in psihične težave. Orgazem in fizični napor med spolnim odnosom sta po njihovih navedbah pomembna za sprostitve napetosti in občutek celostnega zadovoljstva (Hite, 1980).

Po Foucaultu je bil seks zgodovinsko predmet zatiranja, pri čemer je bila v okviru prakse prekinjenega spolnega odnosa dodatno zatirana tudi ženska.

*V socializaciji plodilnih vedenj je seks opisan kot nekaj, kar je ujeto med zakon realnosti (ki se takoj in najbolj grobo pojavlja v oblike ekonomskih nujnosti) in ekonomijo užitka, ki skuša to realnost vselej obiti, kadar jo že uvidi; najbolj znana 'prevara', 'coitus interruptus', predstavlja točko, na kateri instanca realnega prisili užitek, da se konča, in na kateri se užitek še uspe pojaviti, kljub ekonomiji, ki jo predpisuje realno. Vidim torej: prav mehanizem seksualnosti, s svojimi različnimi strategijami, umesti to zamisel o seksu; in ta, v štirih velikih oblikah – histerije, onanije, fetišizma in coitusa interruptusa – povzroči, da se seks pojavlja tako, kot da je podvržen igri celote in deleža, izvora in manjka, odsotnosti in prisotnosti, nezmernosti in nezadostnosti, funkcije in nagona, smotrnosti in smisla, realnega in užitka. (Foucault, 2000, str. 159)*

Iz navedenega je razvidno, da je bila praksa prekinjenega spolnega odnosa prepoznana in obravnavana v različnih družboslovnih in naravoslovnih diskurzih, vendar ji v okviru seksološke obravnave spolnosti ni bila namenjena večja pozornost.

Glede na to, da je Kinsey izjemno natančno preučeval človeško seksualnost, lahko sklepamo, da praksi prekinjenega spolnega odnosa ni posvečal posebne pozornosti, saj je kontracepcija v njegovih raziskavah omenjena le obrobno (Kinsey, 1954, 1975). Masters in Johnson sta prakso prekinjenega spolnega odnosa opredelila kot dejavnik, ki naj bi prispeval k težavam v spolnosti, kot sta prezgodnji izliv in erektilna disfunkcija (Masters in Johnson, 1970), vendar za te trditve niso bili predstavljeni empirični dokazi.

Bancroft v zadnji izdaji knjige *Human Sexuality and its Problems* prakso prekinjenega spolnega odnosa omenja zgolj enkrat (Bancroft, 2009, str. 184), in sicer z izrazom »onanija«, pri čemer je ne prišteva med metode kontracepcije. Prav tako se ne ukvarja z njenim vplivom na človeško seksualnost, čeprav je omenjena v priloženih tabelah, ki prikazujejo spremembe uporabe kontracepcije skozi desetletja. Po teh podatkih naj bi v ZDA leta 2002 prekinjen spolni odnos uporabljalo 4 % žensk, starih od 15 do 44 let (Moser idr., 2004 v Bancroft, 2009, str. 444), v Avstraliji pa naj bi ga v letih 2001 in 2002 uporabljalo 4,5 % parov (Richers idr., 2003 v Bancroft, 2009, str. 444).

Raziskave prakse prekinjenega spolnega odnosa med afroameriškimi adolescenti so pred več kot desetimi leti pokazale, da ima ta praksa pozitivno konotacijo glede intimnosti; mladostniki so verjeli, da povečuje čustveno bližino med partnerjema (Horner idr., 2009). Udeleženci raziskave so menili, da je zmožnost uporabe prekinjenega spolnega odnosa veščina, ki kaže, da je fant spolno izkušen in spreten (Horner idr., 2009). Tudi raziskave Fu idr. (2019) so pokazale, da nekateri udeleženci dojemajo izlivanje izven vagine kot stimulatивно ali vznemirjajoče, kot del spolne igre oziroma spolnega odnosa.

Drugo prepričanje, ugotovljeno pri adolescentih (Horner idr., 2009), je bilo, da praksa prekinjenega spolnega odnosa nudi več užitka in je bolj hedonistična metoda kot druge metode, na primer kondom; podobno mnenje so izrazili tudi udeleženci raziskave Higgins in Wang (2015). Pregledna raziskava Higgins in Smith (2016) hkrati opozarja, da lahko praksa prekinjenega spolnega odnosa negativno vpliva na spolno izkušnjo tako pri moškem kot pri ženski.

V raziskavi Gilliam idr. (v Horner idr., 2009) so ugotovili, da ženske prakso prekinjenega spolnega odnosa pogosto dojemajo kot znak zaupanja in skrbi partnerja, s prepričanjem: »On skrbi zame!«. Nasprotno pa novejša raziskava kažejo, da nekatere ženske prakso uporabljajo predvsem zato, da bi ugodile moškemu (Arteaga in Gomez, 2016). Poleg tega so sodobne raziskave, na primer Latack idr. (2021), pokazale, da ženske pogosto izražajo strah pred zanositvijo, kar lahko negativno vpliva tako na njihovo spolno življenje kot na splošno kakovost življenja.

Zaključimo lahko, da raziskovanje prakse prekinjenega spolnega odnosa razkriva pomembne vpogleda v razumevanje spolnih odnosov, medosebne dinamike in vloge spolov. Ženske, ki uporabljajo to prakso, so v spolnosti pogosto v podrejenem položaju, kar se odraža tudi v medosebnih odnosih in širšem družbenem kontekstu.

### **2.2.5 Praksa prekinjenega spolnega odnosa kot način spolnosti**

Prekinjen spolni odnos je izrazit odraz restriktivne seksualne kulture, ki je prevladovala v prejšnjih stoletjih. V takšni kulturi je prevladoval koitalni imperativ; ob prepovedi vseh drugih oblik spolnega vedenja in kontracepcije je bil prekinjen spolni odnos ena redkih razpoložljivih metod uravnavanja rojstev.

V zadnjih desetletjih je kontracepcija razumljena kot samoumevni predpogoj za svobodno spolnost. Predstavlja produkt ločitve seksualnosti od reprodukcije in je hkrati eden od dejavnikov, ki je prispeval k oblikovanju te oblike seksualnosti. Kljub pomembni vlogi medicinskega pristopa vpliv ginekologov ni tako linearen, kot se zdi na prvi pogled. Glede na razširjeno uporabo prekinjenega spolnega odnosa v družbi bi lahko sklepali, da gre za metodo kontracepcije, ki se v praksi uporablja približno enakovredno drugim metodam, čeprav v ginekoloških ambulantah ni svetovana. Obstaja tudi možnost, da ženske v vsakdanjem življenju na področju seksualnosti izvajajo različne oblike »majhnih uporov« proti moči medicine in medikalizaciji spolnosti, pri čemer je lahko ena od njih praksa prekinjenega spolnega odnosa. Kljub dejstvu, da medicinska stroka prekinjenega spolnega odnosa ne priporoča in ga celo odsvetuje, je paradoksalno, da je ta metoda še vedno pogosto uporabljena za preprečevanje zanositve.

Odprto ostaja vprašanje, zakaj je praksa prekinjenega spolnega odnosa še vedno tako razširjena kljub sistematičnemu več desetletij trajajočemu delu na promociji kontracepcije in življenju v post-poznomoderni, permissivni seksualni kulturi, ki temelji na ločitvi seksualnosti od reprodukcije (Gavey idr., 1999) ter na ženskih pravicah in neodvisnosti, ki se izraža tudi v seksualnosti. Na slovenskem prostoru je Inštitut za načrtovanje družine skozi zgodovino, s poudarkom na družbenih dejavnikih in medicinskem pristopu, pomembno prispeval k izboljšanju reproduktivnega zdravja žensk, zmanjšanju števila neželenih nosečnosti in splavov ter s tem posredno k zniževanju obolevnosti in umrljivosti žensk. Izobraževanje ginekologov je bilo osredotočeno izključno na znanstveno potrjene in zanesljive metode kontracepcije, kar je v praksi privedlo do opisanih rezultatov (Borisov, 1995).

Zakaj torej ženske pristajajo na prakso prekinjenega spolnega odnosa, kljub nasvetom medicinske stroke in liberalnim pogledom na seksualnost, ki jim prvič v zgodovini omogočajo neodvisnost ter nadzor nad lastno seksualnostjo in reprodukcijo? Kaj ohranja prakso prekinjenega spolnega odnosa kot premoderno metodo, da vztraja v družbenem in kulturnem okolju, ki je v resnici ne podpira? Kaj torej pomeni praksa prekinjenega spolnega odnosa poleg točke, na kateri instanca realnega prisili h končanju užitka? Ali praksa prekinjenega spolnega odnosa predstavlja obliko upora proti nadzoru in zatiranju seksualnosti? Verjetno gre za preplet več dejavnikov: za ostanek restriktivne seksualne kulture znotraj tradicionalne in patriarhalne družbe, hkrati pa praksa pomeni tudi obliko upora proti cerkvi, saj njena uporaba posega v reprodukcijo in omogoča, da spolnost ni več namenjena izključno razmnoževanju.

### **2.2.6 Feministični pogled na prakso prekinjenega odnosa**

Prekinjen spolni odnos spada med tradicionalne metode kontracepcije in je produkt patriarhalne ureditve družbe in spolnosti. Za izvedbo prekinjenega spolnega odnosa kot oblike kontracepcije je odgovoren moški, medtem ko ženska nosi posledice morebitne nosečnosti s svojim telesom. S tem moški odloča o njenem telesu, njeni reprodukciji in njenem nadaljnjem življenju. Pogosto je moški tisti, ki izbere to metodo, ženska pa se ji prilagodi. Kljub njenemu soglasju – če hkrati ne uporablja druge vrste kontracepcije ali tega ne dojema kot del spolne igre – moški prevladuje. Prekinjen spolni odnos je tako kontracepcijska metoda moške nadvlade, saj je njen uspeh odvisen od moške motivacije (Burke in Lindberg, 2024; Higgins in Hirsch 2008; Nkonde idr., 2023).

Uspeh moške nadvlade je odvisen od kulturnega in družbenega okolja ter od dinamike znotraj partnerskega odnosa. Pri uporabi prekinjenega spolnega odnosa moški doživi zadovoljitev svoje spolne potrebe, ejakulacijo in orgazem zunaj vagine, pri čemer se lahko ne ozira na spolni užitek in zadovoljstvo ženske. Čeprav metoda zahteva poseben napor, saj lahko prekinitve kontakta z nabreklo vagino zmanjša intenzivnost moškega orgazma, očitno to ne zadošča, da bi se moški metodi odrekel v zameno za kontracepcijsko tableto ali drugo metodo kontracepcije. Pri tem pogosto verjame, da je s tem poskrbel za partnerko, saj ta zaradi »njegove skrbi« v telo ne bo vnašala hormonov ali drugih tujkov.

Prekinjen spolni odnos je bil najpogosteje uporabljeno kontracepcijsko sredstvo v obdobju, ko ženski užitek v spolnosti ni bil dovoljen. Ženske, ki so v preteklosti v spolnosti uživale, so pogosto veljale za lahkoživke; spolni užitek je bil dovoljen le seksualnim delavkam, sicer pa je bil spolni odnos pri večini žensk predvsem ekonomsko pogojen. Moški se pri tem običajno niso spraševali, da je lahko ženska ostala v visoko vzbujenem stanju brez orgazmične sprostitev. Vse to je za žensko pomenilo dodaten napor za doseg zadovoljitve oziroma olajšanja spolne napetosti. Pri prekinjenem spolnem odnosu je tako predvsem ženska prikrajšana za spolni užitek.

Kot je bilo že omenjeno, metoda preusmerja pozornost bolj na dejanje kot na užitek (Harvey idr., 2023; Hatcher, 1998, str. 28–29), kar je v sodobni konstrukciji seksualnosti postalo norma. V takšnem okviru postajata dejanje ali predstava v spolnosti pomembnejša od užitka in uživanja v različnih oblikah spolnosti. Podporo tej osredotočenosti na »dobro predstavo« pri spolnem odnosu zagotavlja tudi razvoj medikalizacije seksualnosti, ki pa je danes deležna številnih kritik v feminističnih krogih (Irvine, 2005; Tiefer, 2004).

Pri tem je najbolj moteče, da je dominantna definicija ženskega spolnega užitka in zadovoljstva še vedno v večini primerov oblikovana z moškega vidika (Drew, 2003). To pomeni, da ženski užitek pogosto ni razumljen kot samostojen cilj, temveč kot sredstvo za moški užitek in potrditev moške moči (na primer »sem dober ljubimec, če jo pripeljem do orgazma«) ali pa ostaja neviden in nepomemben. V zadnjih desetletjih se dogajajo pomembni premiki. V queer in feminističnih teorijah se spolni užitek redefinira kot relacijska, večdimenzionalna izkušnja, ki presega zgolj formalnosti, kot je soglasje, in vključuje kompleksne družbene kontekste (Tsui, 2024). Raziskave lezbičnih, transspolnih, nebinarnih in interspolnih posameznikov ravno tako razbijajo binarne, falične in heteronormativne predstave o spolnosti (Zamantakis, 2022). Gibanje seks-pozitivnega feminizma poudarja žensko pravico do raziskovanja telesa in spolnih želja, kritizira zatiranje užitka ter nasprotuje normam, ki žensko denormalizirajo ali omejujejo. Sodobni feminizem užitka (angl. *feminism of pleasure*) se prav na tem področju zavzema za odpravo sramu in zagovarja radikalno avtentičnost telesa (Extra, 2021; Lanzalotto, 2025).

Ženske lahko doživljajo prekinitev spolnega odnosa zelo čustveno; pogosto so razočarane, se počutijo prevarane, ponižane ali zavržene, nekatere pa pri tem občutijo tudi krivdo za nastali položaj (Hite, 1980). Shere Hite poudarja, da ni nič narobe, če ženska med spolnim odnosom ne doživi orgazma in se vživlja v partnerjev užitek. Problematično pa je, če se redno dogaja, da moški vedno doživi orgazem, ženska pa nikoli, kljub temu, da ga zna in zmore doseči. Če ženska vedno zadovolji partnerja, a sama zadovoljstva ne doživi, s tem ustreže le njemu, se mu podredi in izgubi možnost lastne odločitve glede orgazma. Takšno stanje predstavlja popolno nemoč, skladno s tradicionalno vlogo ženske, da skrbi za druge in jim omogoča boljše življenje (Hite, 1980).

V novejši literaturi se feminizem izrecno ne pogloblja v prekinjen spolni odnos. Zagovarja pravico žensk do svobodne izbire metode kontracepcije, opozarja na pomanjkljive in nezanesljive metode, kot je prekinjen spolni odnos, kritizira primere, kjer moški prevzame preveč nadzora ali kjer ženska ne poda soglasja glede kontracepcijske metode, ter spodbuja uporabo metod, ki ženskam omogočajo več nadzora nad njihovimi telesi in plodnostjo.

### **2.2.7 Pogled Rimskokatoliške cerkve na prakso prekinjenega spolnega odnosa danes**

Cerkev v spolnem odnosu prepozna dva temeljna vidika: prokreativni vidik, ki se nanaša na ustvarjanje novega bitja, in unitivni vidik, ki pomeni duhovno združitev partnerjev. V okrožnici papeža Pavla VI. *Humanae vitae* iz leta 1968, ki obravnava pravilno uravnavanje rojstev, je poudarjena poglobljena refleksija teh dveh razsežnosti; dostojanstvo prokreacije je mogoče uresničiti le v okviru unitivne združitve, torej znotraj cerkvene zakonske zveze (Pavel VI., 1968).

Edina dovoljena oblika spolnosti je posledično heteroseksualni spolni odnos med cerkveno poročenima osebama. Kot spolni odnos se priznava izključno koitus, torej vaginalni spolni odnos. Poudarek na koitalnem imperativu znotraj restriktivne seksualne kulture utrjuje razmerja moči, ki se kažejo tudi kot dominacija moškega nad žensko v spolnosti. V družbi se je, verjetno tudi pod vplivom cerkve, v seksualni kulturi heteroseksualcev sodobnega časa močno zakoreninil koitalni imperativ, ki je njihovo spolnost pomembno zaznamoval in hkrati osiromašil. Znotraj cerkve se je hkrati začel spreminjati pogled na spolnost, pri čemer se je pojavil nov diskurz oziroma vidik t. i. svete spolnosti (Popcak, 2022).



Sveta spolnost je predstavljena kot vir užitka, ki izhaja iz intimnosti in vznburjenja, premaguje sram, deluje v dobro drugega, je odprta za spočetje otrok ter vključuje popolno medsebojno razdajanje. Sčasoma naj bi postajala vse bolj radodarna in vitalna ter prispevala k življenju in zdravju partnerjev (Popcak, 2022, str. 31). V okviru svete spolnosti je partnerjema dovoljeno uživati v čutnosti, kontracepcija ni dovoljena, vsak spolni odnos pa se mora zaključiti z ejakulacijo v vagino (Popcak, 2022, str. 201). Koitalni imperativ v sveti spolnosti ostaja norma vsakega spolnega odnosa, dovoljena pa je raznolikost vaginalnih položajev. Užitek je dopusten, vendar mora biti ves čas vzajemen (Popcak, 2022), s čimer se uveljavlja načelo recipročnosti.

Uporaba kontracepcije po razumevanju Rimskokatoliške cerkve pomeni manipulacijo spolnega akta z namenom, da postane nerodoviten (Müller, 2006). Cerkev zato z moralnega vidika dopušča izključno uporabo naravnih metod kontracepcije, ki jih poimenuje naravno načrtovanje družine. Mednje uvršča Knaus–Ogino metodo (koledarsko metodo), temperaturno metodo, simptomatno metodo, pri kateri ženska poleg merjenja bazalne temperature opazuje tudi sluz materničnega vratu, ter Billingsovo ovulacijsko metodo, ki temelji na vsakodnevnem opazovanju sluzi materničnega vratu za določanje plodnih dni (Kontracepcijska sredstva, 1999; Načrtovanje družine in naravne metode, 2004; Tettamanzi, 1997). Pri teh metodah gre bolj za vedenjske kot za klasične kontracepcijske metode; v sodobni literaturi se zanje vse pogosteje uporablja poimenovanje metod, ki temeljijo na zavedanju oziroma poznavanju plodnosti (Cason idr., 2025).

Ključni element naravnih metod kontracepcije ali naravnega načrtovanja družine je obdobje abstinence. To obdobje običajno traja 7–14 dni, dokler ponovno ne nastopi t. i. varno obdobje pred menstruacijo. Navodila za izvajanje teh metod se pogosto posredujejo prek katoliških posrebovalnic oziroma svetovalnic, ki abstinenco poudarjajo tudi kot obliko duhovne rasti in samopokore ter kot način izogibanja uporabi kontracepcije. Ob tem partnerjema praviloma ne ponujajo predlogov za druge oblike spolne stimulacije (na primer oralne ali ročne), ki bi lahko vodile do orgazma z ejakulacijo ali do orgazma s stimulacijo zunaj nožnice ter tako nadomestile vaginalni spolni odnos oziroma penetracijo moškega spolnega uda v nožnico. Glede na to, da je znano, da ima večina žensk najvišjo stopnjo spolne želje v času ovulacije, so omejitve spolne aktivnosti v tem obdobju fiziološko protislovne. Te metode zato niso najbolj primerne za pare z zmerno ali visoko spolno željo, lahko pa delujejo kot učinkovit mehanizem omejevanja spolne aktivnosti (Bancroft, 2009, str. 454).

Rimskokatoliška cerkev, glede na zgoraj opisano, ne propagira prakse prekinjenega spolnega odnosa kot oblike kontracepcije. V novejših cerkvenih dokumentih prekinjen spolni odnos ni omenjen niti posredno, z izjemo dela Knotz, kjer je označen kot škodljiv, saj naj bi onemogočal utrjevanje partnerske vezi (Knotz, 2010, str. 153–155). V cerkvenih zloženkah in drugi pastoralni literaturi cerkev prekinjenega spolnega odnosa ne spodbuja, hkrati pa ga tudi izrecno ne prepoveduje. Trenutno ga tako v celoti prezre oziroma ravna, kot da do te prakse nima jasno oblikovanega stališča.

### **2.2.8 Umestitev prekinjenega spolnega odnosa v slovenski medicini danes**

Praksa prekinjenega spolnega odnosa se v Sloveniji in po svetu, glede na pisne vire v strokovni literaturi, kljub zgoraj opisanemu dejstvu ni bistveno spremenila. Prekinjen spolni odnos danes ni naveden med metodami kontracepcije v predpisanem angleškem učbeniku za študente medicine na Univerzi v Ljubljani in Univerzi v Mariboru, *Gynaecology by Ten Teachers* (Crosbie in Kenny, 2024, str. 75–97). Prav tako ga ne najdemo med metodami kontracepcije v predpisani ameriški literaturi za

bodoče ginekologe, kot sta *Berek & Novak's Gynecology* (Berek idr., 2012) in *Williams Obstetrics* (Cunningham idr., 2022, str. 664–680).

Prekinjen spolni odnos je obravnavan v posebnem poglavju ene najpomembnejših knjig s področja kontracepcije, *Contraceptive Technology* (Cason idr., 2025, str. 503–510). V knjigi so podrobno opisani njegova uporaba, prednosti in slabosti, na koncu poglavja pa so dodani tudi praktični nasveti za uporabnike in zdravstvene delavce. Namen teh nasvetov je zagotoviti informirano svetovanje ženskam, ki se odločijo za to vrsto kontracepcije, in nuditi podporo pri praktični uporabi metode.

Praktični nasveti vključujejo:

- 1) Natančno razlago, kako izvesti metodo, da bo čim bolj učinkovita.
- 2) Opozorilo, da zaščita pred zanositvijo ni zagotovljena, če metoda ni izvedena pravočasno.
- 3) Pojasnilo, da se lahko predsemenska tekočina izloči takoj po erekciji ali tik pred ejakulacijo. Pri nekaterih posameznikih lahko vsebuje majhno število spermijev, ki lahko povzročijo zanositev, pri čemer posamezniki pogosto ne vedo, kdaj se tekočina izloči.
- 4) Priporočilo, da se pri večkratnih vaginalnih spolnih odnosih v kratkem času po vsaki ejakulaciji očisti konica penisa, da se odstranijo spermiji od prejšnje ejakulacije.
- 5) Informacijo o možnosti uporabe postkoitalne oziroma nujne kontracepcije, če je sperma prišla v stik z vagino; v primeru izpostavljenosti tveganju za nosečnost je takšno kontracepcijo možno dobiti v lekarni (Cason idr., 2025, str. 508).

Glede na to, da se v sodobnem svetovanju o uporabi kontracepcije uveljavlja na posameznico osredinjena oskrba (angl. *person-centered care*), je ključnega pomena, da ženski zagotovimo celovite informacije o razpoložljivih kontracepcijskih možnostih. Pogovor je treba voditi tako, da ji omogočimo samostojno odločitev glede izbire metode ter jo pri njeni odločitvi tudi podpiramo. Namen takšne oskrbe je aktivna vključenost pacientke in celostno razumevanje, pri čemer se upošteva njeno fizično, psihološko, čustveno in socialno stanje. Pomembna je tudi osebna komunikacija med zdravstvenim delavcem in pacientko, pri katerem jo zdravstveni delavec aktivno posluša, ji razloži možnosti zdravljenja ter zagotovi informacije na razumljiv način. Takšna oskrba vključuje sodelovanje in podporo zdravstvenega delavca ter prilagajanje oskrbe potrebam in življenjskemu kontekstu posameznice (Cason idr., 2025, str. 79–124).

Prekinjen spolni odnos je še vedno prisoten v slovenskem strokovnem prostoru. V slovenski strokovni literaturi je opisan v starejšem učbeniku *Ginekologija* Visoke zdravstvene šole Univerze v Mariboru (Borko idr., 2006, str. 249), ki ga uporabljajo tudi študenti medicine, ter v novejši knjigi in učbeniku *Ginekologija in perinatologija* (Takač in Geršak, 2016, str. 151). Prekinjen spolni odnos se omenja v določenih strokovnih besedilih in izobraževalnih vsebinah za ginekologe, kjer se običajno pojavlja kot del pregledov različnih kontracepcijskih možnosti. Takšna omemba praviloma ne pomeni neposrednega priporočila, temveč odraža dejstvo, da je praksa prekinjenega spolnega odnosa zgodovinsko in kulturno prepoznavna ter prisotna v vsakdanjih izkušnjah uporabnikov.

Poleg strokovnega diskurza se prekinjen spolni odnos pojavlja tudi v poljudnih in informativnih gradivih o kontracepciji, namenjenih širši javnosti. V teh kontekstih je metoda pogosto predstavljena kot ena izmed obstoječih praks, pri čemer so njene omejitve in tveganja sicer omenjena, a ne vedno podrobno pojasnjena. Takšna predstavitev lahko prispeva k razumevanju prekinjenega spolnega odnosa kot

»znane« ali »tradicionalne« oblike preprečevanja nosečnosti, ne da bi nujno vzpostavila jasno razliko med medicinsko priporočenimi in manj zanesljivimi praksami.

Na podlagi tega je mogoče sklepati, da ostaja prekinjen spolni odnos v strokovnem in javnem diskurzu prisoten predvsem kot del širšega nabora kontracepcijskih praks, prisotnih v družbenem prostoru, in ne kot metoda, ki bi temeljila na sodobnih znanstvenih dokazih o učinkovitosti. Njegova prisotnost tako odraža kompleksno prepletanje medicinskih spoznanj, kulturne tradicije in vsakdanjih praks, kar odpira prostor za nadaljnjo razpravo o tem, kako se znanstvena priporočila prevajajo v strokovno komunikacijo in javno razumevanje kontracepcije.

## **2.3 Sprememba seksualne kulture v pozni modernosti**

Razvoj medicine na področju spolnosti je, skupaj z različnimi gibanji in odkritjem kontracepcijske tablete, v dobi pozne modernosti prispeval k oblikovanju novih družbenih in kulturnih stališč do seksualnosti, kar je spremenilo spolno vedenje ljudi in odnos do telesa. Vse to je omogočilo razvoj nove seksualne kulture. Obstoječa tradicionalna patriarhalna restriktivna seksualna kultura je začela izgubljati vpliv zaradi večjega samozavedanja pravic žensk, oblikovala se je nova permissivna seksualna kultura z drugačnimi značilnostmi, med katerimi izstopata orgazmični imperativ ter pravica do orgazma in užitka v spolnem odnosu.

V sodobnem družboslovnem in humanističnem raziskovalnem prostoru, ki ga vse pogosteje označujemo kot obdobje post-postmoderne oziroma metamoderne, se analize spolnih kultur razvijajo v izrazito raznolikih in večplastnih teoretskih okvirih. Za razliko od postmoderne, v kateri je bil raziskovalni poudarek pretežno usmerjen v dekonstrukcijo normativnih diskurzov in destabilizacijo tradicionalnih razumevanj spolnosti, se novejša raziskave vse bolj osredotočajo na razumevanje subjektivnih izkušenj, relacijskih dinamik, razmerij moči ter etike skrbi v intimnih in spolnih odnosih. V zadnjem desetletju je prišlo do izrazitega epistemološkega premika, pri katerem se spolna identiteta obravnava kot fluidna in procesualna kategorija, ki ni nujno stabilna skozi življenjski potek posameznika. Posebna pozornost je namenjena razlikovanju med biološkim spolom, spolno identiteto, spolnim izrazom in spolno usmerjenostjo ter analizi izkušenj transspolnih, nebinarnih in interspolnih oseb, kar predstavlja osrednji raziskovalni fokus sodobnih študij spolnosti (Monro, 2019).

Nasprotno pa sta tradicionalna in permissivna seksualna kultura heteroseksualcev, ki sta relevantni za pričujočo raziskavo, doživeli največ raziskovalne pozornosti v obdobju postmoderne, ko je bila spolnost heteroseksualnega para pogosto analizirana z vidika norm, transgresije in liberalizacije spolnih praks. V sodobnem kontekstu se raziskovalni fokus v večji meri premika k preučevanju heteroseksualne spolnosti skozi prizmo seksualne kulture v digitalnem prostoru. Raziskave vse pogosteje obravnavajo vpliv družbenih omrežij, aplikacij za zmenke in spletnih skupnosti na oblikovanje intimnih odnosov, spolnih praks in pomenov spolnosti, pri čemer se digitalne tehnologije dojemajo kot ključni soustvarjalci sodobnih seksualnih scenarijev in identitet (Smith idr., 2025; Zytka idr., 2021).

Za opredeljevanje določene seksualne kulture heteroseksualnega para je pomembno prepoznavanje elementov različnih seksualnih kultur v pogledih na spolnost, saj v vsaki seksualni kulturi prevladujejo značilni diskurzi in imperativi (Švab, 2010). Svobodomiselna spolna etika, v kateri je seks konstruiran kot legitimna praksa, povezana z užitkom, je postala razvidna že v razpravah o spolnosti v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja ter je pomembno vplivala na oblikovanje idej o spolnosti in spolnih praks

heteroseksualcev. Konec prejšnjega stoletja in ponekod še danes prevladuje diskurz o moškem, domnevno podedovanem spolnem poželenju oziroma nagonu, ki mora biti potešen in zadovoljen, medtem ko se ženskam pripisuje malo ali celo nič spolne želje ter vloge tiste, ki mora biti predvsem ljubljena in ljubkovana. Hkrati smo nenehno izpostavljeni ideji, da sta seks in spolni užitek pozitivna dogodka in temeljna pravica vsakega posameznika ter da ima ženska enako kot moški pravico do orgazma. Z uveljavitvijo pravice do orgazma se je pojavilo tudi pomembno načelo recipročnosti, ki jo razumemo kot vzajemno delovanje oziroma medsebojni vpliv dajanja in sprejemanja med dvema partnerjema (Braun idr., 2003).

V klinični literaturi je konec prejšnjega stoletja in začetek današnjega prevladovala osredotočenost na heteroseksualni vaginalni spolni odnos, koitalni imperativ in spolno zadovoljenje, ki prihaja skozi občutek moškega spolnega uda v vagini in orgazmični imperativ (Nicolson in Burr, 2003), ki je kazala na restriktivno seksualno kulturo. To se ni odražalo le v številni patriarhalni literaturi, temveč tudi v klinični uporabi, kjer so dominirali moški in je viden penetrativni seks in orgazem kot centralna zadovoljitev ženske. Ta centraliziran pogled je dominantno moški, patriarhalen in marketinško usmerjen. Tudi poudarek na ženskem orgazmu je v tem pogledu patriarhalna konstrukcija ženske seksualnosti, v kateri ženske ne morejo izraziti svoje zaznane spolne potrebe zaradi velike stiske v moško centralizirani heteroseksualni mreži (Nicolson in Burr, 2003). V zadnjem obdobju, v času post-postmoderne se pri heteroseksualcih vse bolj uveljavlja nasprotje med »intercourse«, ki pomeni spolni odnos, običajno s penetracijo, in »outercourse«, ki označuje spolne dejavnosti brez penetracije – torej vse druge oblike spolne intimnosti, kot so dotikanje, poljubljanje, masaža, ipd.; ki ne vključujejo vaginalnega ali analnega spolnega odnosa (Rahne-Otorepec, 2021).

Na podlagi tega lahko sklepamo, da kljub modernizaciji zahodnega sveta, procesi, ki vplivajo na spreminjanje spolnega vedenja, potekajo počasneje, dolgoročno in manj revolucionarno, kot trdijo teoretiki nove seksualne revolucije (Bernik, 2010; Bernik in Klavs, 2011). To ugotovitev potrjujejo tudi empirične raziskave spolnega vedenja, ki kažejo, da so spremembe na področju spolnosti večinoma postopne in dolgoročne.

Wendy Holloway (v Braun idr., 2003) je v heteroseksualnem spolnem razmerju in njunem vedenju opredelila tri diskurze. Prvi, t. i. »moški spolno poželenjski« diskurz, izhaja iz narave in opisuje, da naj bi bilo biološko moško poželenje, povezano z vznburjenjem, usmerjeno k takojšnji spolni zadovoljitvi – orgazmu. Drugi diskurz, imenovan »jaz imam, jaz držim«, kjer je seks le majhen del širšega konteksta monogamnega odnosa, pri čemer ženska igra vlogo vratarja (angl. *gatekeeper*) moške spolnosti. Diskurz naj bi odražal tradicionalno romantično idilo. Tretji diskurz je permissivni diskurz, v katerem je spolna aktivnost obojestranska pravica in traja, dokler eden ne prizadene drugega. Permissivni diskurz je povezan s svobodomiselnimi idejami in etiko. (Braun idr., 2003)

### **2.3.1 Restriktivna seksualna kultura**

V tradicionalni oziroma restriktivni seksualni kulturi naj bi prevladoval diskurz moškega spolnega poželenja, biološki imperativ in koitalni imperativ (Švab, 2010). Hkrati je značilen tradicionalni pogled na žensko in moško spolnost oziroma »maskulinistični« model seksualnosti (Jackson, 1984). Diskurz moškega spolnega poželenja temelji na biološki in reproduktivni pogojenosti (Gavey idr., 1999). Moška seksualnost je vodena s strani močne biološke potrebe po spolnosti, ki se kaže v obliki koitusa (Weeks, 2003). Prikazana je kot enostavna, prične se z vznburjenostjo in konča z orgazmom kot končno

zadovoljtvijo. Vsa seksualnost je usmerjena v moškega in njegov spolni ud, pri čemer je izrazito falocentrično naravnana. Pri tem je ključna moška seksualna spretnost, nastop in sposobnost, pri čemer glavno vlogo igrajo moški spolni ud, erekcija in moški orgazem (Švab, 2010). Moška seksualnost je hkrati prikazana kot aktivna, medtem ko je ženska pasivna, podrejena moškemu in povezana z reprodukcijo (Gavey idr, 1999), ter naj bi bila popolno nasprotje moški seksualnosti. Z vidika moške seksualnosti naj bi bila razumljena celotna ženska seksualnost (Jackson, 1984).

V restriktivnih seksualnih kulturah je spolno življenje pogosto omejeno na heteroseksualni spolni odnos. Prevladujoči seksualni scenarij predpostavlja zaporedje spolnih praks, ki se začne s predigro in nadaljuje z vaginalnim spolnim odnosom, ta pa naj bi se normativno zaključil z orgazmom. Takšna razumevanja spolnosti so bila predmet ostrih kritik feminističnih teoretičark, ki poleg zavračanja restriktivnih seksualnih norm problematizirajo tudi vlogo medicinskih znanosti pri njihovi naturalizaciji in legitimizaciji. Po njihovem mnenju so prav medicinski in znanstveni diskurzi pomembno prispevali k utrjevanju normativnih predstav o »normalni« spolnosti ter s tem k marginalizaciji drugih spolnih praks in izkušenj (Cacchioni, 2007).

Znotraj tradicionalne seksualne kulture glavna ideja feminilnosti ali biti ženska pomeni, da mora ženska odgovarjati in se ne upirati moškemu, medtem ko ji nova pravica – želja za spolni odnos in akcija za doseganje neodvisnosti – ponuja različne »ženstvene« poti, kako ne biti pasivni subjekt in ne »nadženska« (Heath, 1982, 80). V restriktivni seksualni kulturi še vedno velja pristop, ki ga je povzel tudi Freud in ga dodatno definirali: koncept moškosti in ženskosti; ženskost je obravnaval kot pasivno, moškost pa kot aktivno. Koncept je utemeljil z ugotovitvijo, da so bile v obdobju njegovega življenja ženske popolnoma odvisne od aktivnega moškega in njegovih odločitev, na tej predpostavki temelji tudi celotna njegova teorija (Heath, 1982).

Znotraj restriktivne seksualne kulture je bila fertilnost tradicionalno regulirana prek institucije zakonske zveze, pri čemer je sociološko opredeljeno reproduktivno obdobje žensk trajalo od sklenitve zakona do nastopa menopavze (Cook, 2004). V takšnih kulturnih okvirih sodobne metode kontracepcije niso bile družbeno dovoljene ali sprejemljive, zlasti tiste, ki ženskam omogočajo neposreden nadzor nad lastnim telesom in reproduktivno sposobnostjo, kot sta hormonska kontracepcija in splav. Te prakse ženskam omogočajo avtonomno odločanje o rojstvih in s tem zmanjšujejo ali izključujejo tradicionalne oblike moškega nadzora nad reprodukcijo. Moška vključenost v reproduktivno odločanje je v tem kontekstu pogojena z ženskim soglasjem in pripravljenostjo deliti to odločitev.

Koitalni imperativ predpostavlja vaginalni spolni odnos kot temeljno in privilegirano obliko spolnega odnosa. V heteroseksualnem kontekstu je vaginalni spolni odnos konstruiran kot brezpogojno normativen in »naraven« seksualni scenarij (Gavey idr., 1999). Poleg biološke reproduktivne funkcije ima ta oblika spolnega odnosa tudi izrazit družbeni pomen, saj je povezana z idejo nadaljevanja vrste ter z družbenimi pričakovanji glede spolnosti, intimnosti in partnerskih razmerij. Ko je sv. Avguštin v 5. stoletju postavil vaginalni spolni odnos kot normo, ga leta 1368 ni podprl Maino de Maineri, pomemben zdravnik, ki je zdravil tudi škotskega kralja Roberta I in je avtor številnih medicinskih, astroloških in filozofskih tez. V svojem delu je koitus natančno obdelal, vendar ga ni povezal z reprodukcijo; odločitev glede reprodukcije je prepuščal izbiri ženske (Harper in Proctor 2008, str. 114).

Koitalni imperativ se pojavi, kadar je pri spolnem odnosu prisotna penetracija, tj. vstavev moškega spolnega uda v vagino, pri čemer se koitus konstruira kot ključni in normativni element spolnega

odnosa ter kot logični zaključek in glavni cilj intimne interakcije. Poleg biološke funkcije nosi tudi različne simbolne pomene in družbene konotacije (Bolso, 2007). Moški pogosto izražajo željo po penetraciji, pri čemer doživljeni koitalni orgazem velja za intenzivnejšega ali »kvalitetnejšega« v primerjavi z nekoitalnimi orgazmi, čeprav razloge za to dožemanje pogosto težko artikulirajo (Gavey idr., 1999). V določenem pogledu se koitalni imperativ dojema kot nekaj, kar moški poseduje, kar utrjuje predstavo, da moški posedujejo močno spolno poželenje, usmerjeno h koitusu (Jackson, 1984).

Še danes prevladuje tradicionalna definicija moške seksualnosti, ki jo opredeljuje moški seksualni scenarij. Ta predstavlja moško spolnost kot aktivno, stalno poželjivo in usmerjeno k penetraciji, pri čemer se sta erekcija in izvedba spolnega odnosa ključna merila spolne funkcionalnosti in uspešnosti (Potts in Tiefer, 2006). Moški spolni ud ima osrednjo vlogo, pri čemer se od moškega pričakuje, da bo vedno funkcionalen, z zagotovljeno erekcijo in brez »neuspeha«. Ta pritisk utrjuje normativne predstave moške spolnosti, kjer se uspešnost spolnega akta pogosto meri prek sposobnosti penetracije in erektile funkcionalnosti (Tiefer, 2004). Hkrati ta normativna predstava marginalizira ali problematizira tudi homoseksualne izkušnje, saj se spolni uspeh in spolna identiteta merita skozi heteronormativne standarde penetracije in reprodukcijske funkcije (Pham, 2016). Heteroseksualne ženske so do položaja, ki ga v spolnosti določa diskurz koitalnega imperativa, pogosto bolj ambivalentne. Za njih koitus sam po sebi ne predstavlja nujno zadovoljivega spolnega odnosa, saj spolno zadovoljstvo ni avtomatično povezano z penetracijo (Braun idr., 2003).

### **2.3.2 Permisivna seksualna kultura**

Permisivna seksualna kultura se odlikuje po permissivnem diskurzu, recipročnem diskurzu, orgazmičnem psevdo-recipročnem diskurzu ter pojmu orgazmičnega imperativa (Švab, 2010). V okviru nove permisivne kulture se je povečala vloga predigre, prav tako so se uveljavile prej označene »perverzne« spolne prakse, kot sta oralni in analni seks. Pri heteroseksualcih je prišlo do zmanjšanja rigidnih meja in discipliniranja, ki so bile tradicionalno obravnavane kot legitimne oblike spolnosti (Garton, 2006, str. 223).

Pojav permisivne seksualne kulture je prinesel pomemben obrat v kulturnem razumevanju orgazma. Uveljavil se je nov kulturni imperativ, t. i. orgazmični imperativ, v katerem je doživljanje orgazma postalo kulturna zahteva ter merilo »dobro« in »zdrave« spolnosti (Potts, 2000). V sodobnem kontekstu je doživljanje orgazma predstavljeno kot norma in indikator osebnega uspeha, medtem ko njegovo nedoživljanje pogosto označuje »nenormalnost« in je pogosto povezano s potrebo po terapevtskem posredovanju (Tiefer, 2004, str. 96).

Za izboljšanje kakovosti človeške spolnosti in spreminjanje seksualne kulture so bili oblikovani številni koncepti, katerih uveljavitev v prihodnosti pa ostaja odprto vprašanje. Robeyns je predstavila inovativni pristop zmogljivosti za »spolno pravičnost«, ki poudarja, da morajo imeti posamezniki svobodo izbire glede svojega spolnega vedenja. Poudarila je, da stereotipi in družbene norme povečujejo neenakosti med spoloma, ter iz tega izpeljala tri ključna načela zmogljivosti. Prvo načelo določa, da morajo biti možnosti moških in žensk enake, razen za neenakosti, ki izhajajo iz biološkega spola in jih ni mogoče odpraviti z družbenim posredovanjem. Drugo načelo, načelo omejitve izbire, pravi, da posameznikove možnosti ne smejo biti strukturirane na podlagi »moralno nepomembnih značilnosti«, kot je spol, temveč morajo temeljiti na posamezniku. Tretje načelo poudarja, da koristi različnih možnosti v okviru zmogljivosti ne smejo biti odvisne od spola (Browne, 2007, str. 6).

### **Načelo recipročnosti in psevdorecipročnosti**

Načelo recipročnosti predstavlja osnovno predpostavko enakopravnega razmerja in je pogosto predstavljeno kot »dobra praksa« znotraj heteroseksualnega seksa in odnosa (Braun idr., 2003). Diskurz recipročnosti se nanaša na izmenjavo užitka med dvema osebama (dajanja in prejemanja) (Potts, 2000) in implicira enakost, saj recipročni spolni standard nasprotuje nadzoru, moči in dominaciji. Spolnost naj bi bila obojestranski dogodek, kjer so dejanja umeščena v medosebno povezanost, ob spoštovanju moralnih meja in dogovora med partnerjema. Vsako spolno dejanje mora temeljiti na privolitvi, dogovoru, obojestranskosti, recipročnosti in medsebojnem spoštovanju (Braun idr., 2003). Znotraj načela recipročnosti se artikulira tudi širši kulturni aspekt orgazmičnega imperativa, kjer postane orgazem interpretiran kot naraven in zaželen del spolnega odnosa, pri čemer se simultani orgazem še vedno smatra kot »zlato standard« (Potts, 2000).

Da lahko ženska sprejme načelo recipročnosti in ga vključi v intimni odnos, ki temelji na vzajemnosti in enakopravnosti, je ključno, da svojo vlogo v zakonski zvezi oziroma partnerstvu dojema kot enakovredno partnerjevi in sebe ne zaznava kot podrejene. Nekateri avtorji to razumejo kot del t. i. »diskurza varnega seksa«, ki ga ocenjujejo kot ideal vzajemne izmenjave med dvema enakima posameznikoma. Feministična vizija enakosti spolnosti in odnosov poudarja seks kot prostor uresničevanja želje oziroma erotične enakosti, ki vključuje enakost moči, enakovrednost in vzajemnost (Braun idr., 2003).

Pojem recipročnosti ni vedno tako osvobajajoč, kot se morda zdi, saj se ne uresničuje v družbenem ali seksualnem vakuumu. V povezavi z drugimi dominantnimi pomeni spolnosti lahko diskurz recipročnosti ustvarja tako pravico kot tudi obveznost izbire znotraj heteroseksualnih razmerij, pri čemer ta zahteva pogosto dodatno bremeni ženske (Braun idr., 2003).

V praksi je pogostejše prisotno načelo psevdorecipročnosti. V takšnih situacijah moški zadovolji lastno spolno potrebo, medtem ko je ženska konstruirana kot pasivna sprejemalka, ki se mora odpovedati nadzoru nad svojim telesom ter »dati sebe« oziroma moškemu partnerju dovoliti spolni odnos. Ključni problem psevdorecipročnosti je, da moški v takšnih odnosih pogosto ne prepoznajo odsotnosti dejanske recipročnosti (Braun idr., 2003; Gilfoyle idr., 1992).

Orgazem je zasnovan hkrati kot pravica (ženska pravica do orgazma) in kot dolžnost (moška odgovornost za ženski orgazem), ne zgolj kot izraz želje. Načelo psevdorecipročnosti v praksi pogosto pomeni, da orgazem doživi le eden izmed partnerjev. Udeleženci spolnega odnosa kljub temu poudarjajo pomembnost partnerjevega orgazma za lastno spolno zadovoljstvo. Odsotnost partnerjevega orgazma doživljajo kot osebni neuspeh ali kot izneverjanje partnerju, kot da bi ga pustili na cedilu (Potts, 2000). Posledično ženske v določenih primerih zaigrano orgazem, da bi zadostile pričakovanjem partnerja in ohranile občutek uspešnosti spolnega odnosa. Zaigrani orgazem tako postane sestavni del diskurza psevdorecipročnosti.

Okrog diskurza recipročnosti in psevdorecipročnosti se oblikuje posebna »ekonomija recipročnosti«, ki dodatno zapleta pomene intimnih in seksualnih razmerij (Švab, 2010, 2011).

### **Orgazmični imperativ**

Pojem orgazma ima tako zgodovinsko kot konceptualno genezo. Etimološko izhaja iz grške besede *organ*, ki je povezana z idejami razdraženosti in vzburjenja krvi. V angleškem jeziku se izraz *orgasm* pojavi v 17. stoletju kot termin, ki ga je uvedel Sir Thomas Browne, in je sprva nosil dva pomena. Prvi

se je nanašal na čustveno komponento, izraženo kot intenzivno ali burno vzbujenje čustev, drugi pa je opredeljeval fiziološki občutek vzbujenja oziroma močno delovanje telesnih organov, ki ga spremlja njihovo nabrekanje (Heath, 1982, str. 61).

Radikalni seksologi so orgazem kvalitativno razdelili na »pravi« oziroma avtentični orgazem in njegov neavtentični nasprotni pol. Pravi orgazem je bil razumljen kot zanesljiva in poglobljena izkušnja spolnosti ter kot pomemben del človekovega bivanja. Opredeljen je bil kot intenzivna čustvena izkušnja izgube ega oziroma popolne, celo duhovne raztopitve jaza, medtem ko je bil neavtentični orgazem razumljen zgolj kot fizični spolni akt brez globlje izkustvene razsežnosti. V obdobju, ko je orgazem postal osrednji element vsakega spolnega odnosa, je sam užitek postopoma izgubljal svojo samostojno vrednost. Orgazem so zato opisovali na različne načine – od narativnih in deskriptivnih pristopov do razlag, ki so vključevale telesne in čustvene vidike užitka (Heath, 1982).

V zgodnjih dvajsetih letih 20. stoletja je Wilhelm Reich (1897–1957) razvil teorijo orgazmične učinkovitosti (angl. *orgastic potency*), v kateri orgazma ni razumel zgolj kot telesnega dogodka, temveč kot izkušnjo, ki jo spremljata prijetna telesna in psihološka relaksacija. Reich je razlikoval med klimaksom (angl. *climax*) in orgazmično učinkovitostjo. Klimaks je opredelil kot fiziološki proces, povezan z ejakulacijo in mišičnimi kontrakcijami, ki mu sledi telesno olajšanje, medtem ko je orgazmična učinkovitost vključevala tudi pomembno psihološko razsežnost (Reich, 1988). V štiridesetih letih je Reich svoje delo razširil s kritiko spolne represije ter s poudarjanjem domnevne zdravilne in terapevtske moči orgazma (Irvine, 2005, str. 78–79).

S Freudom je orgazem postal pomemben kazalnik normalnosti, pri čemer je bil vaginalni orgazem v heteroseksualnem spolnem odnosu postavljen kot osrednji cilj »normalne« ženskosti in spolnosti. Podobno pozicijo je orgazmu v svojih raziskavah pripisal tudi Kinsey v svojih raziskavah, ki je ugotovil, da orgazem pri ženskah med vaginalnim spolnim odnosom ni najpogostejša oblika orgazmičnega doživljanja, zaradi česar so nekatere ženske orgazem zaigrale, da bi zadostile pričakovanjem partnerja. Posledično so ženske, ki orgazma niso doživele, postale predmet medikalizacije, saj so bile označene kot spolno »disfunkcionalne« ali kot ženske s težavami na področju seksualnosti (Nicolson, 2003; Nicolson in Burr, 2003).

Seksualna revolucija je temeljito spremenila pogled na spolnost in spolni užitek. Orgazem je pridobil številne nove pomene, razvila se je obsežna nova terminologija, kar je prispevalo k uveljavitvi orgazmičnega imperativa in orgazmičnega diskurza kot vse pomembnejše norme spolnega življenja (Heath, 1982, str. 66). Po seksualni revoluciji in v skladu s konceptom Mastersa in Johnsona je orgazem postal osrednji element spolne izkušnje, ki do danes ni izgubil svojega statusa kot ena od ključnih spolnih norm, kljub spremembam, ki vodijo k poenostavljanju uresničevanja spolnosti.

Liberalizacija spolnosti je za mnoge pomenila tudi breme, saj sta se spolni akt in orgazem začel dojemati kot obveznost, brez katere se je posameznik lahko počutil izključenega ali marginaliziranega. Orgazem je postal pričakovana sestavina izpopolnjujočega čustvenega in intimnega odnosa, pri čemer se je razvila norma, da čustvena vpletenost v razmerje vodi do »izpopolnjenega« orgazma (Heath, 1982, str. 75).

Ker je v prevladujočem družbenem diskurzu ženski orgazem postavljen kot ultimativni cilj in vrhunec spolnega odnosa, se ob njegovem pomanjkanju pojavljajo različne negativne posledice. Orgazem je pogosto povezan tudi z idejami dobrega zdravja in psihičnega blagostanja (Nicolson, 2003). Povečevanje orgazma in utrjevanje orgazmičnega imperativa lahko pri ženskah povzročata čustvene



stiske, občutke neuspeha in nezadostnosti, zlasti kadar orgazma ne doživljajo. Nekatere ženske to pripisujejo težavam v partnerskem odnosu, druge pa prepoznajo, da pomanjkanje orgazma ni individualna težava, temveč širši družbeni pojav, ki zadeva številne ženske. Kljub temu je bilo pomanjkanje orgazma v sodobnem kontekstu pogosto medikalizirano, kar ga umešča med zdravstvene probleme ter hkrati razkriva družbeno konstrukcijo seksualnosti in povečevanje orgazma v sodobni kulturi (Lavie-Ajayi, 2005). Danes se medicina osredotoča na fiziološke in znanstvene razlage ženskega orgazma ter poskuša razgraditi zakoreninjene mite in prepričanja, kot so koncept »točke G« in ideja vaginalnega orgazma kot normativnega standarda.

Spolna medicina poudarja, da doživljanje orgazma, ki je pogostejše ob stimulaciji klitorisa, s seksološkega vidika ni problematično; bistveno je, da je spolno zadovoljstvo v paru doseženo, medtem ko način, kako se orgazem doseže, ni ključnega pomena. Različne oblike in poimenovanja orgazma so pogosto mitološke narave in so se razvile skupaj s seksualnimi scenariji (Rinkleib Ellison, 2003). Z zmanjšano osredotočenostjo na vaginalni orgazem ter z uporabo različnih spolnih praks in tehnik je ženskam omogočeno lažje doseganje orgazma (Richters idr., 2006).

Potts (2000) opozarja na nekatere neločljivo povezane koncepte orgazma. Po eni strani je orgazem razumljen kot izraz lastnega avtentičnega jaza, po drugi strani pa vključuje idejo izgube ali razpršitve jaza. Hkrati Potts predlaga, da s spremembo definicije in razumevanja spolne želje obstaja možnost izpodbijanja konvencionalne predstave o orgazmu kot končnega in edinega merila zdravega heteroseksualnega razmerja (Potts, 2000). V spolni medicini je še vedno aktualna in se uporablja definicija po Levinu (2003). Levin definira spolno željo kot kompleksno psihosocialno stanje, ki ga sestavljajo trije osnovni elementi: biološka komponenta (angl. *sex drive*) in pomeni biološki nagib ali telesno gonilno silo, ki vključuje anatomijo, hormonske in nevroendokrine procese ter osnovne telesne mehanizme spolne vznburjenosti; psihološka komponenta (angl. *motivation*), ki je psihološka in motivacijska plat želje in zajema posameznikova čustva, misli, razpoloženje ter medosebne in relacijske dejavnike (na primer občutek bližine, privlačnost partnerja, vrednote v odnosu) ter družbenokulturna komponenta (angl. *wish*) in je kulturna ali socio-kognitivna plat, ki vključuje družbene ideale, kulturne norme, vrednote, pravila in simbolne pomene, ki vplivajo na to, kako posamezniki razumejo, čutijo in izražajo spolno željo (Levine, 2003).

Postavlja se vprašanje, ali je orgazem predvsem rezultat telesnih procesov, čustvenega doživljanja ali celo naravnih danosti, vendar ostaja nesporno, da pri njegovem doseganju ključno vlogo igra občutek užitka (Potts, 2000). Moški in ženski orgazem ter spolni užitek so med seboj tesno povezani. Poudarek na ponovnem doživljanju orgazma ga hkrati oddaljuje od razumevanja zgolj kot čistega telesnega ali čustvenega odziva. Prevladujoče pojmovanje orgazma ob koncu prejšnjega tisočletja temelji na prepričanju, da je sposobnost doživljanja orgazma naravna, medtem ko se nezmožnost njegovega doseganja razume kot posledica družbenega učenja in specifičnih socialnih pogojev (Heath, 1982; Potts, 2000).

V okviru koitalnega imperativa je ženski orgazem razumljen kot pokazatelj najvišje stopnje ženskega samouresničenja. Tako imenovani popolni ženski orgazem naj bi ženski omogočil trenutek soočenja s samo seboj. Ob tem je poudarjen tudi imperativ para (angl. *couple imperative*), ki izpostavlja prepričanje, da je orgazem, dosežen s partnerjem, vrednejši ali bolj zaželen kot orgazem, doživet v samostojni spolni izkušnji. Ženska anorgazmija pri moških pogosto vzbuja občutke tesnobe, saj se moški v spolnem odnosu dojemajo kot aktivni nosilci dogajanja, ki z lastno spolno spretnostjo in prizadevanjem skušajo zadovoljiti partnerko. Ženska je razumljena kot pasivna prejemnica moške

spolnosti, ki moškega potrdi tudi z lažnim orgazmom. Zaigran orgazem tako deluje kot oblika povračila oziroma priznanja za njegov spolni napor in spolno igro (Potts, 2000).

V medicinskih kliničnih diagnostičnih priročnikih orgazem ni posebej definiran, temveč se pojavlja posredno, kot pričakovan izid spolne stimulacije, katere odsotnost ali izrazita sprememba lahko predstavlja težavo le, če povzroča osebno stisko (American Psychiatric Association, 2022).

Orgazem je v literaturi opisan tudi skozi spiritualistično perspektivo. Telesni procesi med orgazmom niso razumljeni zgolj kot fizične spremembe, temveč kot izkušnja, ki presega telo in se povezuje z intimnostjo, čustvenim doživljanjem ter delovanjem zavesti. Vagina je v takem razumevanju simbolno predstavljena kot nosilka duše, moči in duha, medtem ko koitus omogoča povezovanje telesnega in duhovnega vidika spolnosti. Orgazem tako pridobi poduhovljeno dimenzijo. Pri heteroseksualnem spolnem odnosu naj bi dodatno vzpostavljen očesni stik med penetracijo še poglobil občutek povezanosti in prispevala k intenzivnejšemu in celovitejšemu doživljanju orgazma (Potts, 2000).

Pri obravnavi spiritualizacije orgazma ter pomenu koitalnega imperativa in imperativa para se pojavlja vprašanje, ali je orgazem med samozadovoljevanjem preveč »neduhoven« ali morda prav zaradi svoje intimnosti preveč oseben. Takšen orgazem namreč predstavlja neposredno povezavo med željo, fantazijo in doživljanjem orgazma, kar ga ločuje od spolne izkušnje s partnerjem, ki je pogosto razumljena tudi skozi dimenzijo povezanosti, intimnosti in spiritualnosti.

Vse te norme odražajo razširjena družbena prepričanja in ne nujno posameznikove osebne izkušnje (Nicolson in Burr, 2003). Razumevanje ženske osvoboditve zato vključuje tudi osvoboditev spolnosti, kar pomeni priznanje in sprejemanje lastne seksualnosti.

## **2.4 Diskurz naravnega v modernih zahodnih družbah**

*Naravno naj bi ženske imele orgazem. (Heath, 1982, 62)*

Koncept ali pojem »naravnega« predstavlja način, kako ljudje dojemajo in razlagajo različne pojave ali situacije, pri čemer temelji na njihovih zaznavah ter povezovanju elementov v okolju. Beseda »naravno« se skozi zgodovino in med različnimi družbami uporablja v številnih pomenih, ki so se s časom spreminjali glede na kontekst in družbene norme. Izvor in uporaba pojmov »naravno« ter »naturalizem« sta bila podrobneje obravnavana pri Williamsu v 70. letih prejšnjega stoletja (Tiefer, 2004, str. 35).

V sodobni družbi pridobiva imperativ naravnega vse večji pomen in postaja ena od norm posameznika. To normo vsiljujejo kultura in mediji, pri čemer predstavlja nov konstrukt potrošniške družbe. V okviru imperativa naravnega opazimo popačen biološko-ekološki vidik prepričanj ljudi, ki menijo, da se zgledujejo po naravi. S tem »z gledovanjem po naravi« usmerjajo svoje vedenje do okolja, uporabo naravnih virov in, kar je ključnega pomena, zavračanje vsega, kar po njihovih merilih ni naravno oziroma je umetno.

Družba pri tem promovira dobrine iz narave, kot so naravna hrana, zelišča in iz njih izdelana kozmetika, ter naravni materiali za oblačila in stanovanjske objekte (les, lan, bombaž itd.). Pomemben vidik tega imperativa je tudi ekonomski: dobrine, ki veljajo za »naravne«, so pogosto dražje, saj se štejejo za težje pridobljene, kar predstavlja pomemben vir dobička. Za spodbujanje prodaje se v javnosti širijo številni

miti in zmotna prepričanja, ki povečujejo potrošnjo. Primer tega je prepričanje, da naravna oblačila »dihajo« in zmanjšujejo potenje kože, čeprav je dihanje fiziološko omejeno na pljuča. Podoben pojav opazimo pri naravni kozmetiki, izdelani iz snovi, pridobljenih iz narave; pogosto se ne preverja njihove morebitne škodljivosti, čeprav so označene kot »naravne«.

Danes se pojem »naravno« pogosto enači s fiziološkim, čeprav ne sodita v enaki kategoriji, medtem ko se fiziološko pogosto razume kot sinonim za »zdravo«. Tak konstrukt se je razvil v obdobju, ko je medicina razširila svoje delovanje tudi na področje preventive in svetovanja (Foucault, 1973).

### **2.4.1 Spolnost kot nekaj naravnega**

V zahodnih družbah, ki so bile v zadnjih nekaj stoletjih pod močnim vplivom medicine in posledično biološko determinirane, se je globoko zakoreninilo prepričanje, da je spolnost nekaj naravnega. Tudi Kinsey je svojo raziskavo utemeljil na naturalizmu in na ideji, da fiziološki odzivi ljudi ter njihovo zunanje izražanje predstavljajo dokaz spolnosti, ki v celoti temelji na konceptu naravnega. Masters in Johnson sta spolnost prav tako opredelila kot naravno funkcijo in s tem dodatno utrdila njen naravni kontekst. Menila sta, da so bazalne kapacitete penilne erekcije, vaginalne vlažnosti in orgazma naravne ter genetsko vprogramirane v telo.

Po letu 1983 sta to stališče revidirala in obžalovala, saj sta začela spolnost razumeti kot kombinacijo prirojenih telesnih in naučenih spolnih odzivov, ki so produkt kulturnih pogojev spolne socializacije (Irvine, 2005, str. 63). Ob tem se neizogibno pojavlja vprašanje, kako so lahko Kinsey, Masters in Johnson sploh razmišljali o spolnosti kot o nečem naravnem po tisočletni zgodovini kaznovanja, prepovedovanja in mistifikacije spolnosti. S tem so v veliki meri prezrli družbeno-politično konstrukcijo seksualnosti ter njen zgodovinski in kulturni kontekst.

Kaplan je menila, da je moško spolno poželenje, ki izvira iz biologije, zelo težko zatreti, vendar ga je hkrati primerjala z naučeno zavoro pri ženskah. Zavedala se je, da igra poleg imperativa naravnega pomembno vlogo tudi kulturni vpliv ter da se posameznik v spolnosti počuti toliko bolj zadovoljen, kolikor bolj jasno lahko izrazi svojo biološko dediščino (Irvine, 2005, str. 153). Posameznik ima večje življenjsko zadovoljstvo, če lahko naravo izraža na način, ki je sprejemljiv znotraj kulture, v kateri živi.

V 70. letih prejšnjega stoletja je sociobiolog Donald Symons razvil teorijo, da obstajajo naravne razlike v tem, kako moški in ženske doživljajo spolno željo, ljubosumje, spolni užitek, orgazem ter željo po partnerjevi raznolikosti. Takšnemu razumevanju so se feministke uprle, saj so nasprotovale uporabi naturalističnih metafor za določanje, kakšne so ženske in kakšne bi morale biti, ter s tem poenotenju in esencijalizaciji njihove spolnosti.

Že v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja so feministične teoretičarke in raziskovalke začele preučevati ženske izkušnje ter razvijati idejo večplastnih vzrokov, ki ustvarjajo razlike med spoloma. Poudarjale so večplastne vplive socializacije in družbenih struktur na spolne razlike kot kontrast naravnemu in biološkemu determinizmu (Tiefer, 2004, str. 36–37).

Poleg feminističnih teoretičark je o naturalizmu oziroma diskurzu naravnega v spolnosti v 80. letih prejšnjega stoletja razpravljal tudi Stephen Heath, ki se je spraševal o domnevno naravni sposobnosti doživljanja orgazma. Postavil je vprašanje, ali naravna sposobnost za orgazem sploh obstaja in ali lahko trdimo, da imajo ljudje – tako moški kot ženske – zgodovinsko in biološko dano sposobnost, da se

naučijo uživati v spolnosti. Po njegovem mnenju ni mogoče sklepati, da se spolni užitek pojavi zgolj na podlagi presoje domnevne naravne sposobnosti, saj naj bi ta vedno nastal kot rezultat prepleta bioloških danosti in spolnih izkušenj v specifičnem, družbeno in kulturno opredeljenem kontekstu (Heath, 1982, str. 62–63).

Zdravniki so nekoč verjeli, da narava sama omogoča moškim in ženskam doživljanje orgazma. Tiefer temu nasprotuje in trdi, da spolnost ni nekaj povsem naravnega, kar ponazori s preprostimi vsakdanjimi motnjami – na primer telefonskim klicem –, ki lahko zmotijo sam spolni akt. Ob tem opozarja na kulturne in družbene vplive, ki oblikujejo naše celostno spolno vedenje ter določajo, kdaj, kje in pod kakšnimi pogoji je spolni odnos sploh mogoč (Tiefer, 2004).

V času, ko je Heath opisoval princip oziroma imperativ naravnega, ta še ni bil neposredno povezan z medikalizacijo seksualnosti, je pa jasno opozoril na moč takratne osrednje znanstvene avtoritete – medicine. Osrednja teza naravne spolnosti je postala predstava o neproblematični, samoumevni spolnosti ter posameznikovi pravici do spolne sreče (Heath, 1982, str. 77).

#### **2.4.2 »Naraven« spolni odnos**

Še v prvi polovici prejšnjega stoletja je bil spolni odnos človeka obravnavan kot nekaj naravnega in danega od narave (Tiefer, 2004). Vaginalni spolni odnos je še danes norma naše seksualne kulture in velja kot prioriteta pred vsemi drugimi oblikami spolnega odnosa. Obravnavan je kot normalen in naraven ter simbolizira intimnost, bližino in ljubezen v heteroseksualnem razmerju (Gavey idr., 1999). Ko je spolni odnos kot nekaj naravnega postal del splošnega prepričanja, je to za medicino in posledično za celotno družbo pomenilo stanje »dobrega spolnega funkcioniranja«. Nastalo je prepričanje, da lahko »po naravi« vsi doživimo orgazem, pri čemer je vaginalni spolni odnos postavljen kot temeljna, prevladujoča oblika spolnosti in hkrati merilo dobrega spolnega funkcioniranja.

Heath kritizira izraze, kot so »naravna seksualnost«, »naravno izražanje čustvenega življenja« in »naravna orgazmična spolna zadovoljitev«. Po njegovem mnenju orgazmično zadovoljstvo hkrati blokira dejstvo, da je takšna seksualnost pričakovana, kar je posledica liberalizacije seksualnosti, zagovarjanja pretoka biološke energije brez kakršnekoli zavore ter širše ideje, da je vso spolno vedenje nekaj naravnega in samoumevnega (Heath, 1982, str. 76).

Razumevanje spolnega odnosa kot izmenjave užitkov med žensko in moškim, ki naj bi bilo zapisano v človekovem obstoju kot naravna in utemeljena na domnevno »naravnih« spolnih razlikah, ostaja relevantno tudi v današnjem času. Tudi za Reicha (1897–1957), psihoterapevta in humanističnega seksologa, ki je razvil teorijo orgazmične učinkovitosti, heteroseksualnost ni bila privzgojena, temveč rezultat kompleksnega prepleta biologije, psihologije in socializacije (Irvine, 2005, str. 78–79).

Še v prvi polovici 20. stoletja je bil človeški spolni odnos v medicinskih, psiholoških in širših družbenih diskurzih pretežno obravnavan kot naraven, samoumeven in biološko dan pojav, ki naj bi neposredno izhajal iz človekove narave (Tiefer, 2004). Takšno razumevanje je temeljilo na esencialističnih predpostavkah o spolnosti kot univerzalni, ahistorični in kulturno nevtralni izkušnji. Vaginalni spolni odnos je bil konstruiran kot osrednja in normativna oblika spolne aktivnosti, ki je še danes prevladujoča norma zahodne heteroseksualne seksualne kulture.

Vaginalni spolni odnos se v sodobnih družbah pogosto obravnava kot »naraven« in »pravilen« način spolnega izražanja ter kot prednostna oblika spolnosti v primerjavi z drugimi spolnimi praksami. Pripisujejo se mu pomeni intimnosti, čustvene bližine, ljubezni in partnerske povezanosti, zlasti znotraj heteroseksualnega razmerja (Gavey idr., 1999). Vaginalni spolni odnos tako ne deluje zgolj kot ena izmed možnih spolnih praks, temveč kot simbolno in normativno središče seksualnosti, ki strukturira predstave o normalnosti, zdravju in spolni uspešnosti.

Ko je spolni odnos postal razumljen kot nekaj naravnega in univerzalno dostopnega, je to v medicini in v širši družbi vzpostavilo normativni ideal »dobrega spolnega funkcioniranja«. Ta ideal temelji na predpostavki, da so vsi posamezniki po naravi sposobni doživljati spolno vznburjenje in orgazem, pri čemer je vaginalni spolni odnos implicitno postavljen kot temeljna in merodajna oblika spolnosti. Posledično se orgazem, dosežen z vaginalnim spolnim odnosom, pogosto razume kot kazalnik spolnega zdravja, zrelosti in funkcionalnosti, medtem ko se odstopanja od tega vzorca pogosto patologizirajo ali razumejo kot pomanjkljivost posameznika.

Takšno normativno razumevanje ostro kritizira Heath, ki problematizira uporabo pojmov, kot so »naravna seksualnost«, »naravno izražanje čustvenega življenja« in »naravna orgazmična spolna zadovoljitev«. Po njegovem mnenju prav pričakovanje orgazmične zadovoljitve deluje kot dejavnik, ki omejuje spolno izkušnjo, saj posameznika postavlja pod pritisk izpolnjevanja družbeno predpisanih norm spolne uspešnosti. Heath to razume kot posledico liberalizacije seksualnosti, ki poudarja neovirano sproščanje biološke energije ter idejo, da je vsako spolno vedenje po definiciji naravno, legitimno in samoumevno, pri čemer se zanemarijajo psihološki, relacijski in družbeni konteksti spolnosti (Heath, 1982, str. 76).

Razumevanje spolnega odnosa kot izmenjave užitkov med žensko in moškim, ki naj bi bila utemeljena v domnevno naravnih in komplementarnih spolnih razlikah, ostaja močno prisotno tudi v sodobnih diskurzih o spolnosti. Takšen pogled naturalizira heteroseksualnost ter jo predstavlja kot biološko predpisano obliko spolnega izražanja. Vendar že zgodnji kritični seksologi opozarjajo, da heteroseksualnost ni zgolj biološko dana, temveč je rezultat kompleksnega prepleta bioloških, psiholoških in družbenih dejavnikov. Tudi Wilhelm Reich (1897–1957), psihoterapevt in humanistični seksolog, ki je razvil teorijo orgazmične učinkovitosti, heteroseksualnosti ni razumel kot prirojene lastnosti, temveč kot proces, ki nastaja skozi telesne izkušnje, čustveni razvoj in socializacijo posameznika (Irvine, 2005, str. 78–79).

Čeprav sodobna spolna medicina izhaja iz bio-psiho-socialnega modela, ki spolni odnos razume kot rezultat prepleta bioloških, psiholoških, socialnih in kulturnih dejavnikov, se v klinični praksi pogosto srečuje z laičnimi prepričanji pacientov, da je spolnost nekaj naravnega, samoumevnega in univerzalno delujočega. Prav ta prepričanja pogosto oblikujejo pričakovanja posameznikov glede spolnega funkcioniranja in lahko prispevajo k doživljanju spolnih težav kot osebnega neuspeha ali pomanjkljivosti. Obravnava v spolni medicini zato vključuje tudi psihopedagoški vidik, v okviru katerega se pacientom pojasni kompleksnost dejavnikov, ki vplivajo na spolno odzivnost in doživljanje spolnosti. Na osnovi tega se uporabljata kognitivno-vedenjski pristop in kognitivno-vedenjska terapija, katerih cilj ni potrjevanje ideje o spolnosti kot »naravni« danosti, temveč postopno prepoznavanje in preoblikovanje togih ali nerealističnih prepričanj o spolnem funkcioniranju. Takšen terapevtski pristop omogoča, da se spolne težave obravnavajo v širšem kontekstu življenjskih izkušenj, odnosov, družbenih norm in kulturnih pričakovanj, namesto da bi bile razumljene zgolj kot individualna disfunkcija.

Ob tem velja opozoriti, da pojem »naravni spolni odnos« v sodobni znanstveni literaturi zadnjega desetletja ne nastopa kot analitična kategorija. Nasprotno, sodobne študije spolnosti dosledno obravnavajo spolno vedenje kot družbeno, kulturno in diskurzivno oblikovano prakso, pri čemer se sklicevanje na »naravnost« pojavlja predvsem v popularnih, terapevtskih in medijskih diskurzih, ne pa v empiričnih znanstvenih analizah (Jackson in Scott, 2020; Weeks, 2003). Sodobne študije spolnosti izhajajo iz predpostavke, da je spolni odnos vedno družbeno in kulturno konstruiran ter zgodovinsko pogojen, pri čemer se pojem »naravnosti« pogosto uporablja kot diskurzna strategija za utrjevanje heteronormativnih in medicinskih norm spolnega funkcioniranja.

### **2.4.3 Pogled na kontracepcijo skozi diskurz naravnega**

Diskurz naravnega igra pomembno vlogo tudi pri opredeljevanju kontracepcije. Starejše metode kontracepcije veljajo za »naravne«, ker niso v obliki zdravilnih preparatov, kot so tablete, obliži ali drugi umetni tujki, ki se vstavijo v telo (The European Society of Contraception and Reproductive Health, 2011, str. S9). Tablete in drugi umetni tujki v telesu so novejše, moderne metode kontracepcije, večinoma hormonske, in zato niso označene kot naravne. Poleg tega je za uporabo katere koli moderne »nenaravne« metode kontracepcije običajno potreben posvet pri zdravniku, medtem ko se stare »naravne« metode lahko izbirajo in uporabljajo samostojno, brez posredovanja druge osebe.

Constance Lindemann je leta 1977 (v Bancroft, 2009, str. 444) pod vplivom takratne osredotočenosti na »naravno« oblikovala tri stopnje (angl. *stages*) kontracepcijskega vedenja. Prva stopnja, vedenje brez uporabe kontracepcije, je bila označena kot »naravna« (angl. *natural stage*). Druga stopnja je vedenje vrstnikov (angl. *peer stage*), pri katerem posamezniki kontracepcijske metode spoznajo od svojih vrstnikov in jih uporabljajo na enak način. Tretja stopnja je vedenje poznavalcev (angl. *expert stage*), kjer posamezniki glede uporabe kontracepcije poiščejo nasvet strokovnjakov.

Kot »naravno« spolno vedenje je Lindemann označila spolno aktivnost, ki ni podvržena nadzoru, saj se izvaja brez kontracepcije, populacija, ki jo prakticira, pa ni obremenjena s strahom pred neželeno nosečnostjo. Običajno gre za nenačrtovan spolni odnos, ki je nepredviden, občasen in nereden. Spontani spolni odnos je s tega stališča dojeman kot »naraven«, medtem ko je kontracepcija obravnavana kot umetna. Na ravni posameznika gre za nizko stopnjo zavedanja o možnosti zanositve; takšen spolni odnos običajno temelji na preteklih izkušnjah, kjer spolna aktivnost ni vodila v nosečnost (Bancroft, 2009, str. 444–445). Za Lindemann naraven spolni odnos pomeni tudi spolni odnos brez uporabe tradicionalnih metod kontracepcije.

### **2.4.4 Diskurz naravnega znotraj Rimskokatoliške cerkve**

Rimskokatoliška cerkev pri razlagi človeške spolnosti svojo argumentacijo v veliki meri utemeljuje na pojmu naravnega. Nenehno se sklicuje na naravno spolnost, ki je v skladu z njenimi moralnimi normami skozi več stoletij postala norma heteroseksualnega para in pridobila status edine »naravne« spolnosti. Pri utemeljevanju svojega stališča do spolne morale se sklicuje na naravni moralni zakon oziroma na njegov obstoj, ki ga primerja z obstojem vesti posameznika (Müller, 2006, str. 194). Ljudje se pri zagovarjanju uporabe naravnih metod kontracepcije pogosto niti ne zavedajo kulturnega vpliva Cerkev na svoje mišljenje, ki se je oblikovalo skozi dvatisočletno zgodovino krščanstva.

Cerkev dovoljuje izključno uporabo naravnih metod kontracepcije in v celoti nasprotuje umetni oploditvi, saj naj bi ta ločevala telesni vidik od duhovnega in ljubezenskega, ki je po njenem razumevanju edini pravi. Hkrati obsoja spolni nagon oziroma poželenje, ki je vsakemu človeku lastno, prirojeno in ne pridobljeno ter hkrati zagovarja abstinenco v reproduktivnem obdobju ženske med dvema menstruacijama. Abstinenca v tem obdobju, ko je spolna želja najmočnejša, se kontradiktorno označuje kot spolno občevanje v »varnih dneh« oziroma kot »naravno« urejanje rojstev ali naravno načrtovanje družine.

Naravno načrtovanje družine naj bi bogatilo zakonsko življenje, ker sta zakonca zaradi uporabljene metode prisiljena več komunicirati in se bolj posvečati drug drugemu. Če je plodnost zaradi naraščajoče starosti ali bolezni ločena od smisla ljubeče združitve zaradi naravnega vzroka, Cerkev to razume kot naravno prekinitev plodnosti in v takšnih primerih odobrava spolne odnose med zakoncema.

Cerkev odobrava nadomeščanje hormonov pri boleznih ščitnice, medtem ko hormonske kontracepcije ne dovoljuje. Pojasnjuje, da ne obstaja kontracepcijska tableta, ki bi povzročila zgolj začasno fiziološko neplodnost. Pri hormonski kontracepciji naj bi šlo za manipulacijo ženskega hormonskega ravnovesja, kar po njenem mnenju ni primerljivo z nadomeščanjem hormonov pri oslavljenem delovanju ščitnice, kjer terapija ohranja fiziološko ravnovesje (Müller, 2006, str. 178).

S cerkvenega vidika se za »naraven« šteje izključno heteroseksualni vaginalni spolni odnos, saj omogoča reproduktivno funkcijo. Vsako poseganje v takšen spolni odnos se obravnava kot nenaravno. Prav tako se za »naravno« šteje vse, v kar ne posegamo s hormoni, tujki ali kirurškimi posegi.

#### **2.4.5 »Biomanija« in »biomaničnost«**

V postmodernejši družbi, ki se opira na znanost in tehnologijo, sodobni človek živi precej oddaljeno od načina življenja pračloveka, njegove prehrane in gibanja. Kljub temu si prizadeva za naraven način življenja, naravno prehrano in naraven porod, pri čemer ne želi odpovedati udobju, ki ga nudi sodobna znanost in tehnologija. Ljudje so danes vse bolj osredotočeni na »naravno«, kar je pogosto povzdignjeno skoraj do ravni nove religije, znane kot »biomanija« (Tiefer, 2010).

»Biomanija« predstavlja značilnost sodobnega časa in se kaže v vedenju posameznika – »biomaničnosti« – ter pomeni slepo sledenje in zaupanje v vse, kar se promovira ali trži kot naravno. Novo družbeno gibanje vse bolj preplavlja tudi medicino, najintenzivneje na področju dermatologije in estetske kirurgije, vendar posega tudi v ginekologijo in porodništvo. Ženske si prizadevajo za uporabo naravnih metod kontracepcije in naraven porod. Med »naravne« metode kontracepcije nekateri uvrščajo tudi prekinjen spolni odnos.

V tem tisočletju so internetni forumi postali pomembno mesto za izmenjavo informacij in izkušenj o naravnih metodah kontracepcije. Spletne strani, ki jih uporabljajo različne verske institucije, so zelo aktivne. Že pred desetimi leti so na teh forumih razpravljali o naravnih metodah kontracepcije. Razvidno je bilo, da njihova uporaba pogosto zahteva dnevno spremljanje telesnih znakov s pomočjo različnih pripomočkov, kot so termometer, naprava za spremljanje plodnosti (angl. *fertility monitor*) ali mikroskop (Iskreni.net, 2014c). To je vzbujalo vprašanja, ali so te metode ob tem še res »naravne«, kar so pogosto izpostavljali tudi sami bralci forumov. Danes se v teh krogih vse pogosteje uporablja terminologija »naravno načrtovanje družine« (Iskreni.net, 2021). Pri uporabi naravnih metod

kontracepcije oziroma naravnem načrtovanju družine je glavni poudarek na odgovornosti uporabnice in uporabnika ter na skrbnem opazovanju telesa, kar naj bi bilo ključno za zanesljivost metode.

Naravne metode kontracepcije so bile na forumih predstavljene kot zelo zanesljiva zaščita, če se jih uporablja odgovorno, resno in dosledno. Medtem ko nekateri uporabniki povsem prisegajo nanje, jih drugi ocenjujejo kot preveč zapletene, kljub temu da bi jih zaradi verskega prepričanja želeli uporabljati. Pred desetimi leti uporabniki forumov, ki niso povezani z verskimi institucijami (Starševstvo in medsebojni odnosi, 2014), naravnih metod kontracepcije pogosto niso šteli za naravne in so jih ocenjevali kot nezanesljive; pristop »naravnega« med metodami kontracepcije jim ni bil sprejemljiv. Danes se te metode na forumih ne omenjajo več pogosto, prav tako prekinjen spolni odnos med ni več »naravnimi metodami« omenjen.

#### **2.4.6 *Praksa prekinjenega spolnega odnosa in diskurz naravnega***

Na podlagi rezultatov raziskave, ki jo predstavljam v nadaljevanju, ugotavljam, da tudi ženske prekinjen spolni odnos uvrščajo med tako imenovane »naravne metode«. Ta metoda spada med tradicionalne oblike kontracepcije, ki se uporabljajo predvsem znotraj patriarhalne oziroma restriktivne seksualne kulture. Hkrati se postavlja vprašanje: glede na to, da ljudje vaginalni spolni odnos (koitus) pogosto označujejo kot »najbolj naraven«, kakšna je povezava med tem in prekinjenim spolnim odnosom. V družbi se fiziološko pogosto enači z naravnim: prvotni biološki namen spolnega odnosa je reprodukcija, do zanositve pa običajno pride predvsem med vaginalnim spolnim odnosom, medtem ko je pri drugih oblikah spolnega občevanja možnost zanositve manjša.

S prekinjenim spolnim odnosom se oploditev namerno preprečuje, zato se upravičeno postavlja vprašanje, ali je prekinjen spolni odnos sploh mogoče opredeliti kot »naravno« metodo kontracepcije.

Prekinjen spolni odnos je mogoče razumeti kot »naravno« metodo le v smislu, da se v telo ne vnašajo tablete ali drugi tujki ter da njegova uporaba ne zahteva vključevanja zdravstvenih storitev. Fiziološko pa ni naraven: naraven spolni odnos bi bil tisti, pri katerem se vaginalni spolni odnos »izvede do konca«, torej z ejakulacijo semenske tekočine v nožnico. Prekinitev spolnega odnosa fiziološko ni naravna, čeprav jo ljudje pogosto obravnavajo tako dojemajo. Takšen spolni odnos tudi ni pogojen s fiziološko naravo telesa, temveč je rezultat kulturnih in družbenih norm.

Stališče, da prekinjen spolni odnos ni fiziološki, je že leta 1936 zavzel Van de Velde, ki ga je označil za nenormalno dejanje, pri katerem se vzburjenje pri ženski prekine, kar vodi do nezadovoljujoče spolne razdraženosti. Po njegovem takšno dejanje ni skladno s človeško fiziologijo (Van de Velde, 1936, str. 25–26). Tudi Lindemann razume naraven spolni odnos kot takšnega, pri katerem do prekinitve ne pride (Bancroft, 2009, str. 445).



### **3 METODA**

Tretje poglavje je namenjeno predstavitvi raziskovalne metodologije o pogledih na seksualnost, kontracepcijo ter prekinjen spolni odnos kot obliko kontracepcije. V njem so predstavljena metodološka izhodišča, potek empirične raziskave ter demografska analiza vzorca, sledita pa jima analiza in interpretacija raziskovalnih rezultatov.

Za analizo medicinske in družbene konstrukcije kontracepcije, s posebnim poudarkom na prekinjenem spolnem odnosu kot specifični obliki kontracepcijske prakse ter njegovi umeščenosti v kontekst ženske seksualnosti, je bila izbrana kvalitativna raziskovalna paradigma. V raziskavi so bili kot osrednja metoda zbiranja podatkov uporabljeni polstrukturirani intervjuji. Intervjuvanke so bile ženske, ki so obiskale ginekološko ambulantno in pri katerih je bilo utemeljeno domnevati, da so v določenem življenjskem obdobju uporabljale vsaj eno izmed kontracepcijskih metod.

Namen izvedenih intervjujev je bil predvsem eksplorativen, z intenco poglobljenega razumevanja raziskovalnega problema, ne pa preverjanje vnaprej zastavljenih hipotez. V raziskavi je bil uporabljen integrativni pristop, ki povezuje teoretske okvire, empirične podatke in interpretativno analizo, pri čemer sta se analiza in teorija razvijali sočasno in vzajemno.

Empirični del raziskave, ki je bil deloma izveden v okviru doktorske disertacije ter dopolnjen deset let kasneje, ni bil zasnovan z namenom generalizacije ugotovitev na celotno populacijo. Osrednji raziskovalni cilj je bil analitičen vpogled v razumevanje kontracepcije in prakse prekinjenega spolnega odnosa skozi prizmo individualne seksualnosti in širšega konteksta seksualne kulture intervjuvank.

Skupno je bilo opravljenih 65 polstrukturiranih intervjujev z ženskami, ki so uporabljale različne metode kontracepcije. Število intervjujev je bilo določeno na podlagi načela teoretske saturacije – to je točke, pri kateri dodatni intervjuji ne prispevajo več novih informacij, temveč se odgovori začnejo ponavljati (Kvale 2007, str. 43; Taylor in Bogdan 1998, str. 93).

#### **3.1 Zasnova in izvedba polstrukturiranih intervjujev**

Vsebinska in metodološka zasnova polstrukturiranih intervjujev je potekala med oktobrom in novembrom 2010. Na podlagi konceptualnega okvira raziskave sem v tem obdobju oblikovala raziskovalna instrumenta: (1) vprašalnik s sociodemografskimi podatki, namenjen identificiranju osnovnih značilnosti intervjuvank – uporabnic kontracepcije, ter (2) dva tipa vprašalnikov za izvedbo intervjujev – operativni in konceptualni. Operativni vprašalnik je bil zasnovan kot dinamičen pripomoček za polstrukturirane intervjuje, z enostavno razumljivimi, jasnimi in nestrokovnimi vprašanji, usmerjenimi predvsem k iskanju odgovorov na vprašanja tipa »kako«. Konceptualni oziroma tematizirani vprašalnik pa je izhajal iz teoretskih predpostavk raziskave ter je vseboval vprašanja, usmerjena v problematiko »kaj raziskujemo«. Slednji je raziskovalki služil kot pripomoček pri usmerjanju intervjujev in kasnejši analizi podatkov (Kvale 2007, str. 56–60; Taylor in Bogdan 1998, str. 105–106). V skladu z opozorilom Mesca (1998, str. 68) je bila pri oblikovanju teoretičnega okvira

upoštevana potreba po ravnotežju med strukturiranim analitičnim pristopom in odprto raziskovalno držo, ki omogoča identificiranje implicitnih, predrefleksivnih pomenov.

Pred začetkom glavnega empiričnega dela sem vprašalnika preizkusila s pilotno raziskavo, ki je potrdila njuno ustreznost, ob manjših popravkih. Na osnovi tega je bil pripravljen operativni načrt izvedbe raziskave, ki je vključeval tudi evidenco predvidenih lokacij (ginekoloških ambulant), terminov obiskov in dogovorjenih srečanj z intervjuvankami.

Prvi krog terenskega dela je potekal med 31. decembrom 2010 in 25. majem 2011, v okviru katerega je bilo opravljenih 52 individualnih polstrukturiranih intervjujev z ženskami, uporabnicami različnih oblik kontracepcije. Drugi del raziskave je sledil v maju in juniju 2024, ko je bilo opravljenih dodatnih 13 intervjujev z namenom preverjanja konsistentnosti že pridobljenih ugotovitev, iskanja novih vpogledov ter validacije hipotez iz prve faze raziskave. Skupno je bilo izvedenih 65 intervjujev.

Odločitev za individualne polstrukturirane intervjuje je temeljila na treh ključnih raziskovalnih ciljih:

- **Prostorska heterogenost:** intervjuvanke so prihajale iz različnih geografskih območij Slovenije, s čimer sem zagotovila širši kontekstualni vpogled. Velika večina intervjujev je bila izvedena na javnih mestih, vključno z ginekološkimi ambulanti.
- **Umeščenost v vsakdanji kontekst:** intervjuje sem večinoma izvedla v prostorih, kjer se ženske počutijo varno in kjer običajno razpravljajo o reproduktivnem zdravju – v ginekoloških ambulantah.
- **Izkoristek časovne dimenzije:** intervjuvanke sem nagovorila med čakanjem na pregled ali takoj po njem, kar je omogočilo naraven vstop v pogovor o intimnih temah.

Temeljna raziskovalna teza, ki sem jo v prvem delu empirične raziskave preverjala, se glasi: *Prekinjen spolni odnos kot oblika kontracepcije predstavlja specifično mesto v kontekstu družbeno-kulturnih pomenov in mehanizmov regulacije ter nadzora ženske seksualnosti. Ta kontracepcijska praksa prispeva k ohranjanju tradicionalnih predstav o ženski seksualnosti kot pasivni, podrejeni reproduktivni funkciji (materinstvu), v nasprotju z idejo seksualnosti kot prostora užitka, želje in intimnosti.*

Raziskava je bila usmerjena v analizo vloge, ki jo ima prekinjen spolni odnos pri konstruiranju pomenov ženske seksualnosti v kontekstu različnih seksualnih kultur. V drugem raziskovalnem ciklu sem preverjala, ali so se pogledi in prepričanja intervjuvank o kontracepciji, prekinjenem spolnem odnosu in spolnosti v desetletju po prvi raziskavi spremenili. Ker se je po 13 intervjujih izkazalo, da se odgovori v večini primerov ponavljajo, sem raziskavo zaključila, saj je bila dosežena točka teoretične saturacije (Kvale 2007, str. 43; Taylor in Bogdan 1998, str. 93).

### **Vzorčenje in pridobivanje intervjuvank**

Udeleženke raziskave – ženske, uporabnice kontracepcije – sem pridobivala preko ginekoloških ambulant po celotni Sloveniji, pri čemer sem zasledovala geografsko razpršenost vzorca. Intervjuje sem izvedla v naslednjih regijah: v osrednjeslovenski regiji (Ljubljana), na Štajerskem (Celje, Maribor, Ptuj), na Dolenjskem (Novo mesto z okolico), na Primorskem (Postojna, Nova Gorica, Izola), na Koroškem (Slovenj Gradec, Ravne na Koroškem), na Gorenjskem (Jesenice, Kamnik, Škofja Loka) ter v Prekmurju (Murska Sobota).

Merila za vključitev v vzorec so bila naslednja: geografska lokacija bivanja, starost, pripravljenost za sodelovanje ter spolna usmerjenost (vključevala sem heteroseksualne, biseksualne in druge, ne

izključno istospolno usmerjene ženske). Vzorec v obeh fazah raziskave je obsegal izključno heteroseksualne in biseksualne intervjuvanke.

Namenoma sem vključila tudi štiri udeleženke, ki so uporabljale naravne metode kontracepcije. Te sem pridobila s pomočjo ginekologinje, ki v svoji praksi spodbuja uporabo teh metod. V drugem delu raziskave so bili vključitveni kriteriji enaki kot v prvem, intervjuvanke pa sem ponovno pridobila preko ginekologov, deloma pa tudi iz širšega socialnega okolja.

Približno polovica intervjuvank drugega terenskega sklopa je bila identificirana s pomočjo ginekologov, preostale pa preko neposrednega stika z ženskami iz lastnega socialnega okolja, pri čemer pa namenoma nisem uporabila metode snežne kepe. Raziskovalno mrežo sem oblikovala brez vključevanja osebnih poznanstev, saj sem sledila opozorilu Spradleya (1979, v Taylor in Bogdan 1998, str. 94), ki zagovarja, da so informacije, pridobljene od tujcev, praviloma bolj relevantne in manj pristranske kot tiste, ki jih zagotovijo posamezniki iz obstoječih osebnih, sorodstvenih ali profesionalnih odnosov. V skladu s tem nisem intervjuvala nobene ženske, ki bi bila moja pacientka v ginekološki ambulanti ali katerikoli drugi zdravstveni ustanovi, kjer sem bila zaposlena.

V večini primerov so mi intervjuvanke predlagali ginekologi, ki so delovali v različnih zdravstvenih ustanovah po Sloveniji. Po pridobitvi ustnih soglasij sem v nekaterih primerih poslala tudi pisne prošnje za sodelovanje ter prošnje za uporabo prostorov ambulant za izvedbo intervjujev. Najpogostejša mesta izvedbe intervjujev so bili ambulantni prostori oziroma drugi pripadajoči prostori znotraj bolnišnic.

Do vseh žensk – uporabnic kontracepcije – sem dostopala izključno posredno, preko ginekologov. Ti so bili predhodno seznanjeni s tematiko raziskave, torej s fokusom na kontracepcijskih izkušnjah in spolnosti intervjuvank. Poudarila sem, da me zanimajo izkušnje vseh spolno aktivnih žensk, ki niso izključno istospolno usmerjene, saj lahko upravičeno domnevamo, da je skoraj vsaka takšna ženska v določenem življenjskem obdobju uporabljala vsaj eno izmed kontracepcijskih metod. Ginekologi so intervjuvanke izbirali po lastni presoji, skladno z razumevanjem informacij, ki sem jim jih posredovala.

Ključna dejavnika, ki sta vplivala na možnost sodelovanja žensk, sta bila njihova pripravljenost za sodelovanje in časovna razpoložljivost na dan intervjuja. Intervjuje sem večinoma izvajala v ambulantnih prostorih, kjer sem opravila 48 intervjujev (vključno z novimi intervjuvankami v drugem delu raziskave). V javnem prostoru, najpogosteje v kavarnah, sem izvedla 10 intervjujev (vključno s petimi intervjuvankami iz akademskega okolja), dve intervjuvanki sem obiskala na delovnem mestu, dve pa v parku.

Z metodološkega vidika raziskovanje pojavov v njihovem vsakdanjem kontekstu omogoča pristnejše razumevanje subjektivnih izkušenj ter vključitev etike skrbi kot osrednje raziskovalne drže. Kot poudarja Mesec (1998, str. 35), »kontekstualnost ohranja kompletnost vsakdanjih situacij in daje stvarnejša spoznanja, ki so bolj relevantna za prakso, čeprav morda niso tako natančna ali pogosta kot spoznanja eksperimentalnih ali statističnih raziskav.«

Približno dve tretjini intervjujev ( $n = 39$ ) je bilo izvedenih neposredno ob mojem obisku ambulant, kar je bilo logistično najučinkovitejše. Nekatere ženske so bile predhodno dogovorjene za sodelovanje preko svojega ginekologa, druge pa so se odločile sodelovati ob samem obisku ambulate. S 13 intervjuvankami iz prvega terenskega sklopa in z vsemi intervjuvankami v drugem delu raziskave sem se za sodelovanje dogovorila po telefonu. Tem intervjuvankam sem se prostorsko in časovno popolnoma prilagodila.

### **3.2 Izvedba intervjujev, etična vprašanja in raziskovalna refleksija**

Zaradi izrazite občutljivosti raziskovalne tematike, ki je zadevala intimne sfere življenja intervjuvank – njihovo doživljanje kontracepcije, prekinjenega spolnega odnosa in spolnosti – je bilo vzpostavljanje zaupanja med raziskovalko in intervjuvanko ključnega pomena. V skladu s smernicami kvalitativnega raziskovanja sem pred vsakim intervjujem izvedla osebno predstavitev, kar je prispevalo k ustvarjanju varnega prostora za izmenjavo informacij (Fontana in Frey, 1994, str. 367). Vsi intervjuji so bili izvedeni z moje strani, z izjemo petih, ki so bili izvedeni v nadzorovanih pogojih na visokošolski ustanovi s pomočjo sodelavke, pri čemer je bila zagotovljena metodološka konsistentnost, predvsem na ravni vprašalne strukture, dinamike pogovora in analize podatkov.

Pred izvedbo intervjujev so bile vse sodelujoče seznanjene z namenom raziskave, okvirno strukturo pogovora in načini zagotavljanja anonimnosti. V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (2004) in etičnimi standardi kvalitativnega raziskovanja (na primer Fontana in Frey 1994) sem vsaki udeleženki omogočila izbiro psevdonima, pod katerim je bila vodena v raziskavi. V primerih ponavljanja imen (na primer več Mojca, Barbara, Ana ipd.) sem izbrala nadomestna imena za preprečevanje možnosti napačnih atribucij, kar je še posebej pomembno pri morebitnem vključevanju dobesednih navedkov v znanstveno besedilo.

Po uvodni predstavitvi in zagotovljeni anonimnosti sem udeleženke zaprosila za izpolnitev kratkega vprašalnika s sociodemografskimi podatki, ki je zajemal naslednje spremenljivke: starost, kraj bivanja, večino življenja, izobrazbo, delovni status, partnerski status, trenutno partnersko zvezo ter spolno usmerjenost.

Od skupno 65 intervjujev jih je bilo 60 zvočno posnetih na podlagi predhodnega soglasja. Zvočno snemanje je omogočilo natančno transkripcijo, večkratno analizo vsebine, intersubjektivno preverjanje interpretacij ter sledenje vplivom raziskovalke na komunikacijsko dinamiko (Mesec, 1998, 86). Transkripcijo sem izvedla sama, pri čemer sem pogovorni jezik prevedla v knjižno obliko, pazljivo ohranjajoč vsebinski pomen izjav.

Trajanje intervjujev v prvem raziskovalnem ciklu se je gibalo med 24 in 77 minutami (povprečje: 40 minut), v drugem sklopu pa med 9 in 22 minutami (povprečje: 13 minut). Krajša dolžina intervjujev v drugem sklopu je bila posledica bolj usmerjenih vprašanj in potrebe po validaciji že pridobljenih podatkov.

Vprašalniki so bili tematsko razdeljeni na tri osrednja raziskovalna področja: (1) pogled na kontracepcijo, (2) percepcijo in rabo prekinjenega spolnega odnosa ter (3) doživljanje lastne seksualnosti. Vsako področje je bilo strukturirano v več analitičnih sklopov, ki so zajemali dimenzije biomedicinskega diskurza, sociokulturne umeščenosti, generacijskih razlik, zgodovinskih izkušenj, spolne želje in užitka ter koncepte koitalnega in orgazmičnega imperativa. Drugi raziskovalni krog je bil konceptualno zasnovan kot poglobljena dopolnitev prvega, z natančno formuliranimi vprašanji glede že identificiranih tematskih poudarkov.

V procesu intervjuvanja sem posebno pozornost posvetila vzpostavljanju raziskovalne intersubjektivnosti – relacije med raziskovalko in intervjuvanko, ki omogoča ustvarjanje zaupnega prostora za pogovor o občutljivih temah (Taylor in Bogdan, 1998, str. 99). V nekaterih primerih sem zaznala začetno nelagodje ali nepripravljenost za odgovarjanje, kar sem razrešila z empatičnim umikom

in uporabo zgolj osnovnih vprašanj. Nasprotno pa so druge intervjuvanke izkazale veliko zanimanja za temo, kar se je kazalo v nadaljnji komunikaciji po zaključku intervjuja. Kljub zaznanemu potencialu za uporabo metode snežne kepe se za to metodo nisem odločila, saj bi to lahko ogrozilo heterogenost vzorca in vplivalo na reprezentativnost kulturnih variacij v percepciji kontracepcije in seksualnosti.

Pri nekaterih intervjuvankah je bilo zaznati pojav t. i. družbeno zaželenih odgovorov, pri katerih so bile izjave oblikovane skladno s prevladujočimi kulturnimi normami in pričakovanji. Te pojave sem obravnavala analitično, z uporabo dodatnih pojasnjevalnih vprašanj, refleksije konteksta intervjuvanke ter razločevanja med individualnim in kolektivnim diskurzom (Taylor in Bogdan, 1998, str. 109).

Pomemben metodološki izziv je predstavljal odnos intervjuvank do snemanja. Pri nekaterih intervjuvankah se je po izklopu snemalnika vzpostavila večja odprtost, kar sem zabeležila v raziskovalnem dnevniku in vključila kot dopolnilni kvalitativni podatek. Zaradi narave raziskave pa podatkov, ki niso bili del zvočnega posnetka, nisem uporabljala kot vira dobesednih citatov.

Dodaten vidik raziskave predstavlja tudi refleksija mojega spola kot raziskovalke. Dejstvo, da sem ženska, je pomembno prispevalo k znižanju interakcijskih ovir in povečanju možnosti za vzpostavitev enakovrednega dialoga. Raziskave kažejo, da je spol raziskovalca lahko pomemben komunikacijski filter v raziskovanju seksualnih kultur (Fontana in Frey, 1994, str. 369).

Raziskovalni intervjuji so razkrili različne stopnje artikulacijske sposobnosti intervjuvank, zlasti pri izražanju afektivnih vidikov izkušenj. V primerih, ko so se intervjuvanke težje izražale, sem uporabila razlagalna podvprašanja, metafore ali ponujala konceptualna sidra, da bi olajšala artikulacijo kompleksnih doživljanj. Z metodo potrjevanja njihovih izjav sem ustvarjala varno komunikacijsko okolje, v katerem so se sogovornice počutile slišane in razumljene.

Nekatere tematike – predvsem prehod iz pogovora o kontracepciji na vprašanja o spolnih praksah – so sprožile nelagodje, kar potrjuje, da gre za področje, ki je v družbenem prostoru še vedno tabuizirano. Raziskava je kljub temu omogočila poglobljen vpogled v kompleksne načine ženskega razumevanja, doživljanja in prakticiranja kontracepcije ter spolnosti v okviru specifičnih seksualnih kultur, normativnih sistemov in institucionalnih vplivov.

Ker gre za pionirsko raziskavo v slovenskem prostoru, katere predmet je razumevanje subjektivnega doživljanja kontracepcije v povezavi s seksualnostjo, rezultati niso namenjeni posplošitvi na celotno populacijo. Njihova vrednost se kaže v konceptualni in analitični globini, ki osvetljuje ključne dimenzije ženskih izkušenj v kontekstu kontracepcije, telesa in spolnosti.

### **3.3 Analiza podatkov**

V okviru kvalitativne metodologije zbiranje podatkov ni ločeno od njihove analize; proces zbiranja podatkov namreč že implicira začetke analitičnega dela (Kvale, 2007). Enako velja za razmerje med analizo in interpretacijo: pri kvalitativnem raziskovanju gre za neločljivo prepletenost obeh dimenzij, pri čemer interpretativna komponenta ni zgolj sklepna faza, temveč je imanentna celotnemu raziskovalnemu procesu (Mesec, 1998). Pridobivanje podatkov, njihova vsebinska obdelava ter interpretativna konceptualizacija potekajo kot kontinuiran, dinamičen in vzajemno pogojen proces.

V analizi kvalitativno zbranega gradiva sem se oprla na kombinacijo različnih analitičnih strategij, ki jih v literaturi uvrščamo med standardne metode obdelave besedilnih podatkov: vsebinsko analizo, analizo jezika in pogovora, diskurzivno analizo, narativno analizo ter elemente utemeljene teorije. Zaradi kompleksnosti tematike in heterogenosti intervjuvank sem kot osrednjo analitično usmeritev izbrala pristop t. i. *bricolage* oziroma »krpanke«, za katerega je značilna kombinacija različnih analitičnih tehnik, fleksibilno prehajanje med metodami in induktivna konceptualizacija (Kvale, 2007, str. 115). Gre za hermenevitično odprt in ustvarjalen analitični proces, v katerem aktivno prepletam metodološke pristope glede na naravo empiričnega gradiva ter raziskovalna vprašanja.

Temeljna analitična tehnika je bila vsebinska analiza, ki je obsegala štiri osnovne faze: kodiranje pomena, analizo vsebine, zgoščevanje pomena ter interpretacijo kodiranih segmentov (Kvale, 2007). V procesu ponavljajočega branja intervjujev sem oblikovala odprte kategorije, ki so izhajale iz vsebine izjav in teoretičnih izhodišč raziskave. V vsaki kategoriji sem identificirala reprezentativne izjave, jim pripisala pomenske kode ter jih povezovala v širše tematske sklope, na primer »uporaba kontracepcije«, »družbeni pogledi na prekinjen spolni odnos«, »vpliv kontracepcije na spolnost«, »subjektivna percepcija svobode« in »biomedikalizacija spolnosti«.

Nekateri od teh tematskih sklopov so kasneje služili tudi kot analitični naslovi in konceptualna sidra v interpretativnem delu raziskave. Določene izjave sem že med kodiranjem neposredno umeščala v obstoječi teoretski okvir – na primer diskurz naravnega, orgazmični imperativ, koitalni imperativ, biomedicinski in religiozni diskurz – ter jih analizirala z vidika njihove umeščenosti v širši družbeni in kulturni kontekst.

Kodiranje sem izvajala po načelih odprtega kodiranja, kar pomeni, da kod in kategorij nisem določila vnaprej, temveč so se oblikovale induktivno ob branju in interpretaciji gradiva (Mesec, 1998, str. 107). Vsaki kodirani enoti sem poleg osnovne oznake pripisala še sinonime, kontraste in asociativne povezave s sorodnimi pomeni, kar je omogočilo kasnejšo tvorbo višje ravni konceptualnih kategorij. Pri vizualni organizaciji kod sem uporabila večbarvno lestvico, pri čemer je vsaka barva predstavljala določeno kategorijo ali vsebinski sklop. Takšen sistem se je izkazal kot posebej uporaben pri primerjalni analizi odgovorov intervjuvank, zlasti v primerih, kot sta »prva spolna izkušnja« in »vpliv kontracepcije na doživljanje spolnosti«.

V skladu z načelom vsebinske kondenzacije sem nekatere obsežnejše izjave kategorizirala v enostavne in razumljive pomenske enote ter jih refrazirala z analitičnimi izrazi (na primer »imperativ naravnega«, »regulacija ženske spolnosti«, »medikalizacija užitka«, »kontracepcija kot svoboda« itd.).

Pri določenih vprašanjih sem kombinirala induktivni in deduktivni pristop. Vprašanje, kako se je spreminjal odnos intervjuvank do kontracepcije, sem denimo najprej kategorizirala v tri osnovne smeri spremembe (pozitivna, negativna, nespremenjena), nato pa znotraj vsake kategorije kodirala razloge za spremembo (na primer vpliv zdravnika, družbenega okolja, verskega prepričanja, povečane samozavesti, itd.). Ti odgovori so bili nato konceptualno umeščeni bodisi v okvir medicinskega diskurza, ideologije naravnega, bodisi religioznega imperativa.

Pomemben analitični segment je predstavljala tudi analiza jezika, s katerim so intervjuvanke opisovale svojo spolnost in opredeljevale prekinjen spolni odnos. Posebno pozornost sem namenila narativnim strukturam v intervjujih – tj. načinom, kako so ženske same strukturirale svoje zgodbe –, saj so ti prikazi razkrivali globlje pomenske plasti subjektivnega doživljanja. V teh primerih sem se oprla na narativno analizo, kjer so izvorni citati ohranjeni v celovitosti.

Analitični pristop »bricolage« se je izkazal kot najprimernejši za razumevanje kompleksnih osebnih prepričanj in stališč žensk, uporabnic kontracepcije. Omogočil je večplastno, kontekstualno občutljivo in interpretativno bogato analizo, ki pa zaradi obsežnosti gradiva v monografiji ni predstavljena v celoti.

Po organizacijskem koraku (identifikacija tem) in opisu (identifikacija konceptov, kategorizacija) je sledila pojasnjevalna faza analize, v kateri sem iskala povezave med koncepti, oblikovala vzorce, odkrivala tipologije in interpretirala pomen, ki ga posameznice pripisujejo lastnim izkušnjam (Spencer idr., 2006). Interpretativni del analize v monografiji sledi vsebinski tematizaciji osrednjih raziskovalnih vprašanj, ne pa zaporednemu prikazu posameznih vsebinskih sklopov intervjujev.

## **4 REZULTATI IN INTERPRETACIJA**

V tem poglavju predstavljam rezultate empiričnega dela raziskave, ki temeljijo na tematski analizi polstrukturiranih intervjujev z ženskami. Interpretacija podatkov je rezultat celostne kvalitativne analize, pri kateri sem združevala vsebinsko kodiranje, teoretsko refleksijo ter induktivno izpeljavo analitičnih uvidov iz empiričnega gradiva.

Rezultate sem strukturirala v tematske sklope, ki izhajajo iz raziskovalnega fokusa in analitičnih kategorij, oblikovanih v postopku kodiranja. Prvi tematski sklop obravnava kontracepcijske prakse intervjuvank, znotraj katerega analiziram njihovo uporabo in odnos do različnih metod kontracepcije, vključno s prekinjenim spolnim odnosom kot specifično prakso.

Drugi sklop se osredotoča na vpliv kontracepcije in prekinjenega spolnega odnosa na spolnost, pri čemer preučujem percepcije, izkušnje in subjektivna doživljanja sprememb v spolnem življenju, ki jih ženske pripisujejo uporabi posameznih metod.

V tretjem tematskem sklopu obravnavam uporabo drugih spolnih praks, pri čemer izpostavljam vlogo socializacijskih mehanizmov in kulturnih norm pri oblikovanju seksualnega vedenja in preferenc.

Četrty sklop se osredotoča na vpliv različnih dejavnikov na formiranje seksualne kulture intervjuvank, s posebnim poudarkom na pomenu hlinjenja orgazma kot družbeno posredovane strategije spolnega delovanja.

Sledita še dve zaključni tematski poglavji. V prvem obravnavam doživljanje ženskosti in seksualne želje, pri čemer analiziram, kako ženske konstruirajo lastno seksualno identiteto v odnosu do kulturnih in družbenih norm. V drugem poglavju pa predstavljam oceno spolnega življenja intervjuvank, v katerem reflektirajo svoje spolne izkušnje, zadovoljstvo ter razmerje med pričakovanji in realnostjo.

Takšna tematska razdelitev omogoča poglobljeno razumevanje kompleksnosti ženske seksualnosti v kontekstu kontracepcijskih praks, družbenih pričakovanj in individualnih izkušenj.

### **4.1 Demografska analiza**

Osnovne sociodemografske podatke sem zajela z dvema kratkima vprašalnikoma, ki so ju intervjuvanke izpolnile pred začetkom intervjuja. Vprašalnik je vključeval letnico rojstva, kraj bivanja pretežnega dela življenja<sup>15</sup>, izobrazbo, zaposlitveni status, partnerski status, trenutno partnersko zvezo in spolno usmerjenost<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Več kot polovica (35 intervjuvank, 53,9 %) živi v mestu, 30 žensk (46,1 %) pa na podežlju. Pri tem je treba omeniti, da so zaznave življenja v mestu, primestnem naselju, kraju ali na podežlju zelo subjektivne in za naš kontekst niso ključne.

<sup>16</sup> Od skupno 65 žensk se jih je 62 (95,4 %) opredelilo kot heteroseksualke, dve kot biseksualki, ena pa je navedla drugo spolno usmerjenost.



Povprečna starost intervjuvank je bila 38,9 let. Najstarejša udeleženka je bila v času intervjuja stara 74 let, najmlajša pa 20 let. Triinpetdeset žensk (81,5 %) je bilo v rodnem obdobju, starih med 20 in 49 let (tabela 1).

Tabela 1: *Ženske, razvrščene po starostnih skupinah*

| Starost v letih | Število oseb |
|-----------------|--------------|
| 20–30           | 17           |
| 31–40           | 25           |
| 41–50           | 11           |
| 51–60           | 9            |
| 61–70           | 2            |
| 70 IN VEČ       | 1            |

Največje število žensk 34 (52,4 %) je imelo v času intervjuja srednjo izobrazbo, med njimi je bilo 7 rednih študentk in ena izredna študentka. Skoraj polovico manj, 19 (29,3%) intervjuvank, je imelo univerzitetno izobrazbo, 6 višjo ali visoko strokovno šolo, 4 pa podiplomsko izobrazbo<sup>17</sup>.

V času intervjuja je bilo zaposlenih 49 (75,4 %) žensk, 2 sta bili brezposelni. Status redne študentke je imelo 9 žensk (13,8 %), 2 sta bili upokojeni, ena pa invalidsko upokojena<sup>18</sup>.

Največ intervjuvank je bilo v času intervjuja poročenih, in sicer 29 (44,6 %), v izvenzakonski zvezi jih je živelo 23 (35,4 %), samskih pa je bilo 13 (20 %) žensk<sup>19</sup>.

V času intervjuja je bila večina, 53 žensk (81,5 %) v partnerski zvezi več kot eno leto, 6 (9,2 %) jih je bilo v partnerski zvezi do enega leta, kar pomeni, da je bilo skupno v partnerski zvezi 59 žensk (90,7 %). Šest intervjuvank v tistem trenutku ni bilo v partnerski zvezi.

## 4.2 Uvodna konceptualizacija: študije primerov kot metodološko in analitično izhodišče

Za uvod v poglavje interpretacije empiričnih rezultatov sem uporabila metodo študije primera (angl. *case-based narrative illustration*), ki v okviru kvalitativnega raziskovanja predstavlja epistemološko utemeljen pristop za razkrivanje večplastnih razmerij med subjektivnimi izkušnjami posameznic in strukturno-diskurzivnimi pogoji, znotraj katerih se te izkušnje oblikujejo (Flyvbjerg, 2006; Stake, 1995; Yin, 2018). Študije primerov ne smatram kot reprezentativnih enot za posploševanje, temveč kot analitične vinjete, ki omogočajo vstop v kompleksnost in heterogenost ženskih doživljanj kontracepcije

<sup>17</sup> Dve ženski z univerzitetno izobrazbo v času intervjuja sta poudarili, da imata opravljeno tudi specializacijo. Nedokončano ali dokončano osnovno šolo sta imeli v času intervjuja dve ženski.

<sup>18</sup> Med intervjuvankami je bila tudi ena svobodna umetnica in oseba, ki je kot zaposlitveni status navedla, da je izredna študentka. Med rednimi študentkami je bila v času intervjuja tudi ena z univerzitetno izobrazbo.

<sup>19</sup> Med samskimi je bilo 7 žensk v partnerski zvezi. Dve izmed samskih sta bili v času intervjuja že vdovi, ena pa je bila v času intervjuja še poročena, vendar ni živela s partnerjem.

in seksualnosti, obenem pa osvetljujejo načine, na katere so ti procesi oblikovani skozi intersekcijo kulture, vzgoje, diskurza in telesnosti.

V nadaljevanju predstavljam tri tematsko in izkustveno raznolike pripovedi, izbrane na podlagi njihove analitične relevantnosti, diskurzivne kompleksnosti in kontrastnih pozicij, ki jih zavzemajo znotraj matrice kontracepcijskih praks. Čeprav so zgodbe intervjuvank izrazito individualizirane in kontingentne, jih je mogoče obravnavati kot tipološke dispozitive, znotraj katerih se materializirajo ključni raziskovalni problemi: internalizacija normativne spolne socializacije, avtonomija in omejitve v dostopu do kontracepcije ter kulturni pomen naravnega kot kategorije spolne vednosti.

Prva študija primera, **pripoved Tatjane**, razkriva ponotranjeno reprodukcijo patriarhalnega spolnega reda, ki se vzpostavlja prek vzgojnih praks in se nadaljuje v partnerskem življenju. Njena zgodba ponazarja mehanizme prenosa tradicionalnih spolnih vlog, kjer je seksualnost funkcionalizirana – usmerjena k reprodukciji in partnerjevemu zadovoljstvu – medtem ko subjektivna seksualna želja ostaja potlačena ali nerazvita. Tatjanin primer odpira analitični prostor za razumevanje hegemonih dispozitivov feminitete, ki strukturirajo žensko spolnost kot pasivno in služnostno.

Druga študija primera, **pripoved Vere**, je primer življenjske poti, v kateri je bila kontracepcijska odločitev prepuščena diskurzivnim ostankom zgodnje socializacije in lastnim interpretativnim strategijam, oblikovanim v pogojih pomanjkanja formalne spolne edukacije. Njena izkušnja osvetljuje afektivno in ideološko investiranost v lastne kontracepcijske izbire, ki pa so bile v kasnejših življenjskih obdobjih dodatno omejene s strani medicinskega diskurza, ki je – na podlagi starostnih in bioloških meril – dequalificiral njeno zahtevo po uporabi izbrane metode. Ta primer ponuja kritično izhodišče za analizo biomedicinske oblasti nad telesi žensk v pozni reproduktivni dobi.

Tretja študija primera, **pripoved Julči**, predstavlja izrazito zavezanost ideologiji naravnega, ki se izraža v zavračanju vseh oblik hormonske kontracepcije in uporabi kondoma kot edine sprejemljive zaščitne metode. Julčin pogled na hormonsko kontracepcijo kot »kemijsko invazijo« ter na maternični vložek kot »tujek v telesu« razkriva način, kako se narava vzpostavi kot ontološki in moralni ideal, s pomočjo katerega intervjuvanka konstruira lastno spolno subjektivnost. Njeno pripoved lahko interpretiramo kot artikulacijo ekofeministične vednosti, ki zavrača medicinsko in farmacevtsko poseganje v telo.

Izbor teh treh študij primerov omogoča vzpostavitev konceptualnega okvira, znotraj katerega bo v nadaljevanju predstavljena tematska analiza celotnega intervjujskega korpusa. Gre za uvodno analitično gesto, s katero želim nakazati razsežnost variabilnosti izkušenj, obenem pa opozoriti na globoke strukturne vzorce, ki se ponavljajo v osebnih pripovedih.

### **Pripoved Tatjane**

Tatjanina pripoved predstavlja značilen primer izkušenj, ki so nastajale v okviru tradicionalne, patriarhalne in seksualne restriktivne kulture, v kateri sta osrednjo vlogo igrali instituciji družine in zakona. V času intervjuja je bila stara 74 let. S kontracepcijo se je prvič srečala šele po drugem porodu, ko ji jo je zdravnik omenil ob tretji nosečnosti, zaradi katere je opravila splav. Že v otroštvu in mladosti je morala služiti kot pastirica, saj je odraščala v revščini. O spolnosti ni prejela nobenih informacij, niti v družini niti v širšem okolju. V mladosti je doživela tudi negativno spolno izkušnjo – poskus posilstva s strani moškega v družini, kjer je služila, pred katerim se ji je uspelo ubraniti. Njen mož je bil njen prvi in hkrati edini spolni partner v življenju.

Po tretji nosečnosti in splavu je želela začeti uporabljati kontracepcijske tablete oziroma diafragmo, vendar ji je mož to preprečil. Nasprotoval je uporabi kontracepcije, saj je menil, da ženske, ki jo uporabljajo, varajo svoje može z drugimi moškimi, hkrati je verjel, da kontracepcijske tablete niso zdrave. Namesto tega se je po tretji nosečnosti sam odločil za uporabo prekinjenega spolnega odnosa. Pri uporabi te metode ni več zanosila. Mož je vztrajal pri zavračanju drugih oblik kontracepcije, kljub temu da se je zavedal, da bi v morala primeru ponovne nosečnosti ponovno na splav. Tatjana se je ves čas zavedala, da je moških, ki bi prekinjen spolni odnos dosledno in uspešno uporabljali, malo, zato jo je pri spolnosti stalno spremljal strah pred zanositvijo. Svojo željo po uporabi kontracepcije je kasneje opustila in je možu ni več omenjala, čeprav je bil edina oseba, s katero se je o tej temi sploh pogovarjala. Kasnejšega svetovanja ginekologov glede kontracepcije se ne spominja. Pove pa, da je v kasnejših letih pogosto obiskovala ginekologe zaradi kroničnega srbenja spolovila, ki se pojavlja že od njenega 40. leta dalje, vendar zanj niso našli ustreznega zdravljenja.

Tatjana izraža zadovoljstvo, da kontracepcija danes obstaja in da jo mladi lahko uporabljajo; sama ji načeloma ne nasprotuje. Ob tem izpostavi vnukinjo, ki uporablja kontracepcijo in pogosto menja spolne partnerje, česar ne odobrava, zato to vedenje deloma pripisuje prav uporabi kontracepcije. Prezela je moževo prepričanje, da kontracepcija spodbuja t. i. »promiskuiteto«. Moti jo tudi dejstvo, da se ženske po njenem mnenju vse pozneje odločajo za materinstvo. Izraža skrb, da se ob razširjeni uporabi kontracepcije nekatere ženske sploh ne bodo odločile za otroke, kar povezuje tudi z izjavo svoje 21-letne vnukinje, da otrok ne namerava imeti. Hkrati se zaveda, da je bila kontracepcija v njenem okolju sprejeta že razmeroma zgodaj, saj je njena sestra uporabljala diafragmo in maternični vložek, ki ju je kasneje zamenjala za kontracepcijske tablete. O razpravah ali nasprotovanju kontracepciji ni nikoli slišala, niti v cerkvenem okolju, zato tudi sama zaradi okolice ne bi imela zadržkov pri njeni uporabi. Kljub temu jo je vse življenje spremljal močan strah pred zanositvijo. Nekoč ji je znanka celo svetovala, naj uporablja diafragmo in tega možu ne pove, vendar si tega ni upala storiti zaradi strahu pred njegovo reakcijo. Zaradi tega strahu ni bila sposobna upoštevati niti nasvetov ginekologa in uporabljati ustrezne zaščite. V življenju je namreč vedno ravnala v skladu s tem, kar je od nje želel in pričakoval partner.

O spolnosti pove, da ji je bila najlepša v času nosečnosti, saj takrat ni bilo potrebe po zaščiti in kot poudari, možu ni bilo treba biti previden. Navaja, da je mož nekajkrat uporabil tudi kondom, nad čimer sama ni bila navdušena, vendar svojega mnenja partnerju nikoli ni izrazila. Mož je uporabo kondoma sčasoma opustil sam. Spolnost je sicer nikoli posebej ni zanimala. Sama zase pravi, da v spolnosti ni bila »živahna«, kar povezuje s težkimi življenjskimi razmerami in podhranjenostjo v otroštvu. Ves čas je bila zelo suhljata in podhranjena, v spolnosti pa, kot se sama izrazi, »hladna«. To hladnost in nedoživljanje orgazma ji je očital tudi mož. Druge ženske so ji svetovale, naj možu ne pove, da ji ni do spolnosti in da ne doživlja orgazma, zato se je pogosto pretvarjala, da ga je dosegla, da bi mu ustregla. Mož je spolni odnos praviloma končal zelo hitro. V spolnosti ni uživala, kar pojasnjuje z veliko telesno izčrpanostjo, posledico preobremenjenosti z delom, ter stalnega strahu pred zanositvijo. Sama pravi, da ji je bilo glede spolnosti skoraj vseeno, ali je imela moškega ali ne. Po poroki ni mogla takoj zanositi, zato so ji z medicinsko pomočjo spodbujali delovanje jajčnikov. V spolnosti je prvič čutila ugodje med prvo nosečnostjo. Med nosečnostjo je tudi prvič obiskala ginekologa, ob prvem porodu pa je tehtala le 45 kilogramov. V spolnosti nikoli ni bila povsem sproščena, temveč je bila stalno pod stresom – sprva zaradi nezmožnosti zanositve, kasneje zaradi strahu pred neželjeno nosečnostjo. Do 35. leta se je, kot sama pove, bala spati z možem, saj od spolnosti ni imela ničesar. Po 35. letu se je nekoliko zredila, se psihično pomirila in postopoma začela v spolnosti tudi uživati. Takrat sta s partnerjem zgradila hišo in dosegla materialno varnost, kar je zmanjšalo njene skrbi. Z leti je začela vse bolj nadzorovati svojo

spolnost, še posebej po 50. letu, ko ni mogla več zanositi in se je lahko sama odločala, kdaj bo imela spolni odnos. V starejših letih je bila tudi fizično bolj zdrava, kar je dodatno prispevalo k pozitivnemu doživljanju spolnosti. Med spolnimi praksami ji je bilo najprijetnejše draženje z roko.

Meni, da je prekinjen spolni odnos za moške precej bolj obremenjujoč kot za ženske. Opaža, da je bil mož v trenutku umika pogosto nemiren in nervozen. O tej temi oziroma o spolnosti nasploh se z njim nikoli ni pogovarjala; sklepala je, da gre zgolj za metodo kontracepcije. Zanja je bil spolni odnos s prekinitevjo vsekakor boljši kot brez nje, saj je bil strah pred zanositvijo brez prekinitve še izrazitejši. Strah, da se možu ne bi uspelo pravočasno umakniti, je bil ves čas prisoten, vendar kljub temu manjši od strahu ob spolnem odnosu brez kakršnekoli zaščite in je prevladal nad željo po užitku. Pri uporabi kondoma pa ni doživljala ugodja, saj je na moškem spolnem udu občutila umetno pregrado.

Situacije, v katerih se spor med zakoncema zaključi s spolnim odnosom, opredeli kot nenormalno obliko spolnosti. Obsoja tudi primere, ko mož ženo fizično napade in nažene, ona pa se že naslednji večer vrne in z njim spi. Takšne vzorce razume kot neustrezne in problematične. Ob tem izraža prepričanje, da sta potreba po spolnosti in želja po otrocih pri ženskah in moških v osnovi enaki.

Pri Tatjani opazimo, da se je svoje ženskosti začela zavedati šele po 35. letu starosti, ko se je njeno življenjsko okolje stabiliziralo in ji nudilo sprostitvev. Materialna preskrbljenost ji je omogočila, da je postopoma začela uresničevati in doživljati svojo ženskost, kar se je odražalo tudi v bolj pozitivnem odnosu do spolnosti. S sprejemanjem lastne ženskosti se je izboljšalo njeno doživljanje spolnosti in spolni odziv. Njen primer jasno pokaže pomen številnih dejavnikov okolja, ki so produkt družbe in kulture ter pomembno vplivajo na zadovoljstvo, užitek in regulacijo spolnosti. Do obdobja menopavze sama ni imela dejanskega vpliva na urejanje svoje spolnosti, saj so odločitve v veliki meri sprejemali drugi. Ključen dejavnik, ki je oblikoval njeno ženskost in spolnost, je bilo zgodnje odraščanje v patriarhalnem okolju. Njene kulturne norme, vrednote ter družbena pričakovanja glede spolnosti v celoti ustrezajo normam restriktivne seksualne kulture, ki jo je ponotranjila in prenesla v svoje intimno življenje. Zanja sta bili instituciji zakona in moža kot glave družine tako pomembni, da medicinski diskurz s svojim strokovnim znanjem in priporočili ni imel moči za preseganje patriarhalnih okvirjev in prispevanja k boljšemu spolno-reproduktivnemu zdravju.

### **Pripoved Vere**

Vera je stara 48 let. Informacije o kontracepciji je pridobila iz knjig in od matere. Ob prvem spolnem odnosu ni bila zaščiten, prvič pa je ginekologa obiskala šele ob zanositvi. Do hormonske kontracepcije je razvila izrazit odpor, saj je bila vzgajana v prepričanju, da jo uporabljajo predvsem dekleta z več spolnimi partnerji. Ta odpor se je še okrepil po drugem porodu, ko je za kratek čas poskusila s kontracepcijskimi tabletami, vendar so jo ob tem zelo prestrašila opozorila, da so tablete škodljive in lahko povzročijo okvare na jetrih, kar je bil neposreden povod za prenehanje jemanja. Že pred začetkom jemanja hormonske kontracepcije so jo opozarjali, da so hormoni zelo močni in da povzročajo pridobivanje telesne teže, kar je dodatno prispevalo k njenemu negativnemu odnosu do te oblike zaščite. Med jemanjem tablet ji je mož očital povečano nervoznost. Po prenehanju jemanja sta se z možem skupaj odločila za uporabo prekinjenega spolnega odnosa, ki sta ga uporabljala večino časa.

Po 35. letu ji je ginekologinja takoj ponudila sterilizacijo. Ko je zaprosila za petletni maternični vložek, ji ga je ginekologinja odsvetovala z utemeljitvijo, da bi lahko imela močnejše menstruacije in da glede na njeno starost zanositev ni več verjetna. Kasneje so ji kontracepcijo ponovno odsvetovali zaradi

zatrddlin v dojkah. Po prvem porodu je takratni ginekolog o morebitni uporabi kontracepcije ni seznanil, niti ji je ni svetoval, sama pa ga o tem ni spraševala. Hormonsko kontracepcijo ji je kasneje ginekologinja predlagala šele, ko je sama prišla po nasvet glede materničnega vložka. Med 40. in 45. letom ji je povedala, da kontracepcijski obroček zanjo ni več primeren, ker naj ne bi bila več dovolj plodna in naj bi imela manj spolnih odnosov kot prej. Skozi celotno reproduktivno obdobje so ji ginekologi kontracepcijo odsvetovali, zato je do nje razvila izrazito negativen odnos. Zavedala se je, da so njenim prijateljicam ginekologi kontracepcijo svetovali, njej pa ne. V krajšem obdobju sta z možem poskusila tudi z uporabo kondoma, vendar njemu ni ustrezal, zato sta ostala pri prekinjenem spolnem odnosu.

Po drugem porodu je njeno doživljanje spolnosti možno zaznamovala skrb zaradi nezanesljive kontracepcije. V službi so ji očitali porodniško odsotnost in rojstvo otroka, zato se je utemeljeno bala izgube zaposlitve. Drugega otroka si je želela že pred zaposlitvijo, vendar po prvem porodu ni mogla takoj ponovno zanositi.

Vera je kontracepcijo v veliki meri podzavestno zavračala, kar je bila posledica kulturno pogojenega prepričanja, da jo uporabljajo dekleta, ki pogosto menjajo spolne partnerje, ter da je kontracepcija škodljiva. Delno so ji ta prepričanja vsilili tudi v cerkvi. Močan vpliv nanjo je imel film o splavu, predvajan pri verouku, v katerem so prikazali postopek splava; prizore si še danes jasno priklicuje pred očmi. Ves čas jo je spremljal strah pred zanositvijo in morebitno potrebo po splavu, saj so jo na verouku s to tematiko močno prestrašili. Skrbela jo je ponovna zanositev, saj si tretjega otroka zaradi službenih obveznosti ni mogla privoščiti. V času njenega odraščanja tudi mati ni uporabljala kontracepcije, kar je dodatno utrdilo nezaupanje do teh metod.

Za prestavitev menstruacije nikoli ni uporabljala hormonskih tablet, saj je verjela, da mora telo delovati naravno. Danes na to gleda drugače in se ji uporaba tablet ne zdi več sporna. Vera opaža, da je kontracepcija danes v okolju, v katerem živi, veliko bolj sprejeta. Ugotavlja, da se o kontracepciji govori skoraj nasprotno kot nekoč; neželeni učinki, ki so jih v preteklosti poudarjali, se lahko zdaj nadzorujejo ali preprečujejo. Verjame, da so njen odklonilen odnos do kontracepcije v veliki meri oblikovali dom, starši, cerkev in šola. Največji vpliv pripisuje cerkvi, manj mami, s katero o tem ni nikoli pogovarjala. Čeprav meni, da institucije, ki so ji v času odraščanja posredovale vrednote o spolnosti, danes nimajo več neposrednega vpliva na njeno doživljanje, podzavestno priznava, da je v njej ostalo nekaj strahu in odpora do kontracepcije.

Ker ji ginekologinja nikoli ni priporočala kontracepcije, temveč le sterilizacijo, je Vera verjela, da se vsi ginekologi vedejo enako. Kljub težavam z ginekologinjo nikoli ni pomislila, da bi jo zamenjala. Zaveda se, da bi se za kontracepcijo verjetno odločila, če bi se ginekologinja z njo pogovorila in ji pomagala spremeniti negativna prepričanja. V praksi pa ji ginekologinja pri njenih odporih do kontracepcije ni prav nič pomagala. Vera je verjela, da ginekologinja ve, kaj je zanjo najbolje, vendar je pri odločitvi vedno prevladovalo njeno lastno mnenje. Zaveda se, da bi ji bilo v spolnosti z možem lažje, če bi imela varno zaščito, a mož je nikoli ni silil, naj si priskrbi kontracepcijo. Odnos moža do kontracepcije je bil ignorantski oziroma ambivalenten – svojih želja ni jasno izražal, vedel je le, da ne želi uporabljati kondoma. Sama vidi edini pozitiven učinek kontracepcije v večji sproščenosti v spolnosti in verjame, da bi bila njena spolnost ob jemanju tablet povsem drugačna. Meni tudi, da kontracepcija omogoča svobodno odločanje o rojstvu otrok. Kondomi ji pri spolnem odnosu niso povzročali nelagodja, vendar jih mož ni mogel sprejeti. Prepričana je, da bi bilo njenemu možu veliko lažje, če bi uporabljala hormonsko kontracepcijo.

Spolni odnos brez uporabe prekinjenega spolnega odnosa je bil zanjo občutno prijetnejši in intenzivnejši, nudil ji je več užitka. Tudi ob uporabi kontracepcijskih tablet je bil spolni odnos bolj sproščen. Ko je želela zanositi, jo je v podzavesti ves čas obremenjevala misel, da mora zanositi, zato spolnost takrat ni bila tako sproščena, kot bi lahko bila. Prekinjen spolni odnos na njeno željo po spolnosti ni vplival, vendar si je želela, da partner ne bi umaknil penisa tik pred ejakulacijo. Strah, da mu pri prekinitvi ne bi uspelo pravočasno umakniti penisa, je bil vedno močnejši od želje po užitku, zato orgazem ni bil tako pogost kot pri spolnosti brez prekinitve. Užitek se ji zdi za ženske zelo pomemben in ključnega pomena za pozitivno spolno izkušnjo.

Po prvem spolnem odnosu in pred prvo zanositvijo je imela partnerja, s katerim sta uporabljala kondom ali prekinjen spolni odnos. Opaža, da se je njena spolnost z leti nekoliko oslabila. Glede pobude za spolni odnos meni, da jo dajeta oba s partnerjem. Za doživljanje spolnosti se ji zdi odnos s partnerjem enako pomemben kot sam način spolnega odnosa. Nikoli se ni pretvarjala, da bi dosegla orgazem. Za nenaravno in nenormalno obliko spolnosti šteje že homoseksualnost. Po njenem mnenju je želja po spolnosti povsem odvisna od posameznice in ni nič manjša kot pri moških. Meni tudi, da je zmotno prepričanje, da ima ženska večjo potrebo po otroku kot moški.

V zadnjem času opaža upad želje po spolnosti, predvsem zaradi utrujenosti od službe. Občutek ima, da ju otroci med spolnim odnosom poslušajo, kar ji onemogoča sproščenost. Številni dejavniki danes preprečujejo, da bi imela pogostejši in sproščen spolni odnos. Opaža tudi, da je začel njen mož po 50. letu starosti doživljati težave z erektilno funkcijo, zaradi česar spolnost ni več enaka kot prej. Ni opazila, da bi sama oblika spolnih praks bistveno vplivala na njeno zadovoljstvo ali lažje doživljanje orgazma, je pa odklonilna do analnega spolnega odnosa. Za njo je ključno, da sta oba partnerja sproščena, da v spolnosti uživata in si vzameta čas zase. Meni, da spolnost z leti ostaja enako pomembna, le da ljudje nekoliko »zaspijo«. Občutek ima, da hormoni delujejo drugače, vendar kljub temu verjame, da mora ostati spolnost prisotna tudi v starejših letih. Glede ocene svojega spolnega življenja z današnjimi izkušnjami je jasno, da si s partnerjem trenutno (v času intervjuja) želita več časa zase. Hkrati jo spremljajo občutki sramu in krivde, ker se ni že prej odločila poiskati drugo ginekologinjo, ki bi ji kontracepcijo predstavila na njej sprejemljiv način.

Tako kot Tatjana tudi Vera ni imela vpliva na regulacijo svoje spolnosti niti na oblikovanje odnosa do lastne ženskosti. Podredila se je kulturnim normam in vrednotam cerkve, v katerih je bila vzgojena, medtem ko ji medicinske institucije niso nudile želene podpore. Cerkev je bila zanjo najvplivnejša institucija, saj je oblikovala njena stališča in poglede do kontracepcije, njen odnos do spolnosti in širše poglede, denimo na homoseksualnost. Vzgojena je bila v restriktivni seksualni kulturi, kar se kaže tudi v tem, da s partnerjem uporabljata tradicionalne metode kontracepcije, čeprav se zaveda svoje pravice do užitka. Hkrati so na njeno spolnost in reproduktivne odločitve vplivala tudi sporočila tradicionalne patriarhalne kulture iz okolja in službe, kjer kot ženska ni bila enakopravno obravnavana pri koriščenju pravice do porodniškega dopusta.

### **Pripoved Julči**

Julči je stara 35 let in nikoli ni uporabljala druge kontracepcije kot kondom. Kakršnokoli hormonsko kontracepcijo – tablete, obroček ali obliž – odklanja, ker jo dojema kot »kemijo«. Odklanja tudi maternični vložek, saj ga vidi kot tujek v telesu. Ima dva otroka, oba sta bila načrtovana in spočeta takoj, ko sta se zanj odločila. Živi v trajni partnerski zvezi. Po porodu so ji ponudili maternični vložek, vendar se zanj ni odločila. V prihodnosti načrtuje sterilizacijo, pri čemer še ni jasno, ali bo postopek

opravila ona ali partner. Svoje partnersko življenje opisuje kot dolgočasno in monogamno. Tablet nikoli ni jemala, niti za prestatitev menstruacije. Poudarja, da zaradi užitka in spolnega življenja ni pripravljena jemati hormonov, saj za njo spolnost ni življenjsko nujna. Za Julči je ključen življenjski pristop brez medicine in kemije; vse naj bo naravno. Bistvo njenega življenja je živeti »naravno«.

Pri ginekologih je Julči vedno izražala svoje želje, tudi če so bile v neskladju z navodili ali priporočili. Za uporabo kondoma sta se s partnerjem vedno odločila vzajemno, saj ga drugače ne bi mogla uporabljati. Kondom je pri spolnem odnosu ne moti, vendar nestrpnost pričakuje sterilizacijo, po kateri ga ne bo več potrebno uporabljati. Prekinjenega spolnega odnosa nikoli nista uporabljala, saj se ji je zdel kot metoda kontracepcije izjemno tvegan. Zadovoljna je, da je opravila svojo reproduktivno funkcijo, a ker je ob malih otrocih zelo utrujena, ji spolnost predstavlja sprostitev. V spolnosti nikoli ni prevzemala pasivne vloge, doživljanje spolnega odnosa je bilo zanjo bolj odvisno od osebnega odnosa s partnerjem kot od samega načina spolnega odnosa. Nikoli ni hlinila orgazma. Njeno spolno doživljanje je močno oblikovala mama, ki ji je vedno svetovala, naj ne hiti z rojstvom otrok. Mama je pri dvajsetih letih, poleg skrbi za otroka, prevzela odgovornost za partnerja in taščo ter kmalu zatem rodila še drugega otroka. Otroci zanjo niso predstavljali največjega blagoslova, temveč predvsem skrbi in obveznosti. Iz tega se je naučila, da je potrebno najprej dokončati študij in se šele nato odločati za otroke.

Na njeno spolnost trenutno ne vpliva nobena institucija. Motijo jo predvsem mediji in časopisi, kot na primer *Cosmopolitan*, ki spolni odnos opisujejo tehnično, kot menjavo različnih položajev, ki naj bi bili »popolni« in trajali točno določen čas. Po njenem mnenju ti opisi odražajo sodobno družbeno konstrukcijo seksualnosti, v kateri je izvedba spolnega odnosa pomembnejša od dejanskega občutja ob njem. Takšna predstavitev spolnosti se ji zdi grozljiva, saj meni, da vsak posameznik najbolje ve, kaj mu v spolnosti dejansko ustreza.

V spolnosti podpira vse oblike spolnega odnosa, za katere se enakovredno odločita oba partnerja. Meni, da med moškim in žensko ni razlik v spolnih potrebah in željah, če so v gospodinjstvu vloge enakomerno porazdeljene. Pojasnjuje, da če ima moški premalo obveznosti in preveč časa, ni utrujen, medtem ko je ženska pogosto izčrpana, kar zmanjšuje njeno željo po spolnosti. Prepričanje, da imajo ženske večjo potrebo po otroku kot moški, izkazuje za zmotno, saj si otrok dolgo časa ni želela in jih je imela šele, ko sta se z možem za to odločila in jima je to ustrezalo. Navaja tudi vpliv stare mame, ki ji je vedno svetovala, da naj ženska ostane čim dlje samska, svobodna in brez otrok, saj naj bi šele takrat lahko zares uživa v vsakdanjem življenju. Poudarjala je, da ženska brez otrok komaj čaka konec dneva, medtem ko ženska z otroki komaj čaka konec noči. Motijo jo tudi časopisi, ki mamice prikazujejo kot popolne, lepe, spočite, dišeče, naspane, srečne, vitke in z idealnim telesom, kar po njenem mnenju ni realno in ustvarja nepotrebne pritiske.

Njena spolnost trenutno ni najboljša, saj je zvečer preutrujena, zaradi česar so spolni odnosi redki. Orgazem ji je pomemben, vendar ga doživlja izključno v kontekstu partnerske spolnosti. Poudarja, da zdravnikov še nikoli ni slišala govoriti o spolnosti z veseljem, razen če jih za to spodbuja farmacevtska industrija. Med vaginalnim in analnim spolnim odnosom nikoli ne doživi orgazma in meni, da je vaginalni orgazem precenjen. S tem se jasno opredeljuje do koitalnega imperativa, saj meni, da je koitus le del spolnega odnosa, ne pa osrednji element, ki bi bil pogoj za vrhunec. Prepričana je, da se o tem v družbi preveč govori. Po njenem mnenju spolnost s starostjo ne izgubi pomena, kar potrjuje s primerom svojega dedka, ki pri 94 letih še vedno ohranja spolne odnose. Prepričana je, da ima vsako življenjsko obdobje svoje posebnosti in da pretiravanje nikoli ni dobro. Na splošno je s svojo spolnostjo zadovoljna, kar utemeljuje z dejstvom, da je imela možnost izbire, s kom in kdaj bo imela otroke.

Julči ima zelo dober nadzor nad regulacijo svoje spolnosti in jo interpretira znotraj feministične perspektive, ki sta ji jo privzgojili že mama in babica. Za svoje telo, ki ga po ideologiji naravnega principa obravnava kot primarno, poskrbi tudi pred potrebami partnerja. Od partnerja dosledno pričakuje in zahteva uporabo kondoma ter enakovredno delitev gospodinjskih opravil, hkrati pa ne dopušča posredovanja katere koli druge institucije v njeno spolno življenje. Svoje ženskosti in telesnih potreb se zelo dobro zaveda; to poudari z razumevanjem koitalnega imperativa kot nepomembnega in s tem, da v spolnosti postavlja užitek na prvo mesto. V zakonski zvezi ima s partnerjem vzpostavljen odnos, ki temelji na enakovrednosti. Medicina, cerkev in druge institucije niso imele vpliva na regulacijo njene spolnosti. V svojem življenju je prevzela novo ideologijo in sledi konceptu naravnega življenjskega sloga.

## **4.3 Kontracepcijske prakse**

V tem poglavju obravnavam analizo empiričnih podatkov, osredotočeno na naslednje vsebinske dimenzije: načine in obseg seznanjenosti žensk z informacijami o kontracepciji; subjektivna doživljanja prvega spolnega odnosa v kontekstu uporabe oziroma neuporabe kontracepcijskih sredstev; značilnosti in dinamiko njihovega spolnega življenja; vlogo ginekologov kot strokovnih avtoritet in komunikacijskih posrednikov znanja o spolnem in reproduktivnem zdravju; ter razpoložljivost in razumevanje možnosti samostojnega odločanja oziroma nadzora nad izbiro kontracepcijske metode.

### **Seznanjenost s kontracepcijo**

Večina žensk (33) je za kontracepcijo izvedela že zgodaj, v času osnovne šole, 15 pa v času srednje šole, medtem ko so 4 ženske o njej izvedele šele po srednji šoli. Od teh, ki so informacije pridobile pozneje, sta dve izvedeli šele po porodu. Starost, v kateri so ženske prvič pridobile informacije o kontracepciji, je bila torej zelo raznolika. Na primer, Nina je v prvem ali drugem razredu osnovne šole za kontracepcijo izvedela od mame, ki ji tega ni predstavila kot skrivnost. Večina žensk je doživela prvi stik s kontracepcijo prav v času osnovnošolskega izobraževanja. Pomemben vir informacij so bila predavanja v okviru spolne vzgoje, biologije ali drugih predmetov. Poleg tega so ključne informacije zagotavljali vrstniki in starši, predvsem mame, medtem ko so knjige, časopisi in revije predstavljali sekundarne vire. Prve informacije o kontracepciji so ženske prejemale skozi zgodbe o njeni pomembnosti in o vlogi pri preprečevanju neželene nosečnosti. Nekatere so se spomnile, da so ob prvi predstavitvi že dobile tudi osnovne informacije o različnih vrstah kontracepcije.

Zanimiva je zgodba Petre. Za kontracepcijo je izvedela že v času osnovne šole, leta 1966, ko je patronažna sestra prišla na dom mami predstaviti metode kontracepcije. Po tem obisku je mama začela jemati kontracepcijske tablete. Petra je kasneje izvedela, da so patronažne sestre takrat obiskovale domove proletarskih družin z večjim številom otrok in ženske izobraževale o sodobnih metodah kontracepcije. V njihovi družini so bili trije otroci, oče je bil edini, ki je hodil v službo. Spominja se, da sta se mama in patronažna sestra takrat zaprli v sobo, in po odhodu sestre je mama začela z jemanjem tablet.

*Oh, že v osnovni šoli. Mogoče sem bila stara enih deset let, ko je k naši mami prišla patronažna sestra in sta se skrili, ker smo bili trije otroci. Vsi trije zaporedoma. Naša žena je včasih bila in smo malo prebrali in potem smo tudi videli, da mama neke tabletko je. Stediril,*



*mislim, da je bil takrat čisto ta prvi. V štirih letih smo bile tri in izgleda ... oče je sam zaslužil in verjetno je zaradi socialnega statusa prišla gledat, po mojem. (Petra, 55)*

Na predavanjih o kontracepciji v osnovni in srednji šoli je bil poleg osnovne opredelitve poudarjen predvsem medicinski vidik ter zdravstveni učinki kontracepcijskih tablet. Udeleženke so bile seznanjene tudi s pozitivnimi učinki kontracepcije, kot so uravnavanje menstrualnega ciklusa in blaženje menstrualnih bolečin. Pomemben del vsebine je predstavljala vloga kondoma, ki poleg preprečevanja nosečnosti nudi zaščito pred spolno prenosljivimi okužbami. Vse te informacije so bile predstavljene z vidika zdravstvene in medicinske obravnave kontracepcije.

Nekatere ženske so večkrat omenile, da je bila tema kontracepcije doma pogosto tabuizirana in da se o njej ni govorilo. Prav tako se ni razpravljalo o odnosih med ženskami in moškimi, zaradi česar je bila kontracepcija pogosto spregledana. Andreja navaja, da je za kontracepcijo izvedela šele pri 16 letih, kar po njenem mnenju izhaja iz dejstva, da je bila kontracepcija dolgo časa tabu tema.

*Jaz dolgo nisem vedela. Pojma nisem imela o tem. Jaz sem mislila, da lahko zanosim, če se na moški WC usedem. Ker je bilo vse tako skrito. Sem pač imela srečo. (Andreja, 50)*

Analiza podatkov kaže, da je večina žensk prve informacije o kontracepciji pridobila v šoli, ki je skupaj z materami predstavljala glavni vir informacij. Glede na kulturno okolje je ključno zavedanje vloge in odgovornosti izobraževalnih institucij pri oblikovanju programov, ki posredujejo pravilne in celovite informacije o človeški spolnosti in kontracepciji.

Ženske, ki so prve informacije o kontracepciji pridobile doma, omenjajo, da so jih pogosto predstavljali kot opozorilo pred neželjeno nosečnostjo. Kontracepcija je bila prikazana predvsem kot nujno sredstvo za preprečevanje neželene nosečnosti, pogosto v obliki svarila, na primer: »Glej, da se ti to slučajno ne bo zgodilo.«

Žensk v drugem delu terenske raziskave nismo spraševali, kdaj in kje so prvič izvedele za kontracepcijo.

### **Prvi spolni odnos**

V prvem delu terenske raziskave so ženske odgovarjale na vprašanja o izkušnji prvega spolnega odnosa. Ob prvem spolnem odnosu 22 žensk ni uporabilo nobene zaščite, 18 jih je uporabilo kondom, 6 hormonsko kontracepcijo – kontracepcijske tablete, 3 so uporabile prekinjen spolni odnos in 3 že takrat naravne metode kontracepcije.

Prvi spolni odnosi so bili bodisi načrtovani bodisi spontani. Med ženskami, ki so imele načrtovan prvi spolni odnos, so se izkušnje razlikovale. Nekatere so prvi spolni odnos doživljale kot pozitivno izkušnjo, ki ni bila boleča, medtem ko so ga druge opisale kot neprijetnega ali negativnega, pri čemer so uporabile izraze, kot sta »grozno« ali »podrekan«. Nekatere so takšno izkušnjo pripisale zadržanosti, ki je izhajala iz njihove vzgoje. Ena izmed žensk je izrazila obžalovanje, da se s partnerjem nista vzdržala spolnih odnosov do poroke, kljub temu da je bil prvi spolni odnos načrtovan. Nekaj žensk je poročalo o izraziti bolečini ob prvem spolnem odnosu, kar ponazarja tudi naslednja izjava: »dobesedno sva morala raztegovati mojo vagino«. Miša je poročala, da je bil prvi spolni odnos izjemno boleč ter da je pred njim občutila izrazit strah, primerljiv s strahom pred obiskom zobozdravnika. Lija je navedla, da jo je spolni odnos precej bolel, da je močno krvavela ter da še teden dni po tem ni mogla normalno sedeti.

Prvi spolni odnosi so se pogosto zgodili spontano, kot rezultat situacij, v katerih je ena stvar vodila k drugi. V nekaterih primerih je spolni odnos načrtoval partner, medtem ko si ga ženska ni upala zavrniti

zaradi zaljubljenosti ali vpliva patriarhalne vzgoje. Petra je na primer vedela, da si partner spolnega odnosa zelo želi, sama pa bi želela še odlašati, vendar je partner izkoristil priložnost. Tudi Jasna je poročala, da je partner spolni odnos izsilil. Kljub temu so bili v številnih primerih prvi spolni odnosi spontani in nepričakovani za oba partnerja. Jana je svojo prvo spolno izkušnjo opisala kot nerodno, saj nobeden od partnerjev ni imel predhodnih izkušenj. V večini primerov je bila odločitev za prvi spolni odnos obojestranska. Pri nekaterih je šlo za prvo spolno izkušnjo za oba partnerja, medtem ko so imeli drugi partnerji že predhodne izkušnje, kar pa ni nujno vplivalo na doživljanje prve spolne izkušnje žensk. Tatjana je ob prvem spolnem odnosu poročala, da ni občutila ničesar.

*Ne, sva kar načrtovala. Bila sva skupaj štiri leta. Potem je pa bilo to, joj ... a že, ali še ne, pa tako. Brez zveze. Tako, brez kakšnih ekstremnih doživetij, na gor, na dol, kar nekaj. Mislim, tako ... kondom. Ja, jaz sem si želela, verjetno ... on pa tudi, verjamem. Ker to je tisti začetek, ko si še mlad, še nikoli nisi, potem pa ... (Lara, 39)*

Urška si je prvi spolni odnos predstavljala zelo romantično, v prijetnem okolju, na primer v postelji ob svečah, vendar je bila realnost povsem drugačna – zgodil se je v avtu, kar je označila kot »pravo katastrofo«. Po njenem mnenju je bila takrat še premlada. Cvetka se je počutila dovolj staro in je menila, da mora »opraviti z devištvom«, zato se je odločila za spolni odnos. Sara je prvi spolni odnos doživela kot posledico lahkomišelnosti; bila je zapeljana in partner je spolni odnos izsilil. Helena je svoj prvi spolni odnos ponosno opisala kot načrtovan za poročno noč. V praksi do tega ni prišlo natanko na poročno noč, saj sta morala zaradi uporabe naravne metode varnih dni počakati na ustrezen čas v menstrualnem ciklusu. Elizabeta je svoj prvi spolni odnos doživela kot dejanje, zaradi katerega se je naslednji dan zelo kesala. Bila je razočarana, ker se je spolni odnos zgodil prehitro in pod pritiskom partnerja.

*Prvi ... Ja, spomnim se. Neprijeten, boleč je bil. Nekaj, po čemer sem se drugi dan zelo kesala. In mi je bilo žal, in niti mi ni bilo všeč. In sem rekla: 'To je zdaj to ...' Eno razočaranje v bistvu. Bolj se je zgodilo. Prehitelo me je.*

*(Ga je bolj partner izsilil?)*

*Bolj, ja.*

*(Torej, si ga je partner bolj želel, kot ste si ga vi želeli?)*

*Sigurno, ja. (Elizabeta, 38)*

Medtem ko je večini žensk prvi spolni odnos pustil močan spomin, se Ivanka ne spomni natančno, ali je partner uporabil kontracepcijo. Ve le, da pri prvem spolnem odnosu ni doživela orgazma.

### **Uporaba kontracepcije**

V spolnem življenju so ženske, ne glede na njegovo, dolžino uporabljale različne kontracepcijske metode, nekatere kondom, druge maternični vložek, velika večina je v glavnem uporabljala samo hormonske tablete. Nekatere so preizkusile več različnih metod ali skoraj vse razpoložljive metode, medtem ko so druge večinoma uporabljale mehanske metode kontracepcije. Uporabo kontracepcijskih metod so sčasoma spreminjale in v tem ni zaslediti enotnih vzorcev; zgodbe o uporabi kontracepcije so povsem različne in individualne.

Samo ena intervjuvanka se je spomnila in omenila, da je poleg ostalih metod – kot so tablete, kondom in diafragma – uporabljala tudi prekinjen spolni odnos, pri čemer je dodala, da tega ne šteje za kontracepcijo. Nekatere so prekinjen spolni odnos uporabljale kot redno metodo kontracepcije, druge so uporabljale izključno kondom, medtem ko so zelo verne ženske uporabljale zgolj naravne metode kontracepcije. Tiste, ki se niso opredelile kot verne, so na začetku spolnega življenja uporabljale različne sodobne kontracepcijske metode, kasneje pa so se znotraj resne partnerske zveze odločile za prekinjen spolni odnos in naravne metode kontracepcije. Naravne metode, kot so varni dnevi in opazovanje sluzi materničnega vratu, so dopustne tudi za katoliške vernice. Nekatere so uporabljale izključno naravne metode, druge pa v kombinaciji s kondomom. Številne so preizkusile tudi maternični vložek, pri tem je ena od njih ob njegovi uporabi zanosila, druga pa ga je zaradi slabih brisov materničnega vratu, zamenjala s kondomom. Dve ženski sta poudarili, da so bile tablete za tiste ženske, ki so pogosto menjale partnerje.

*... se mi zdi, da so nas tako vzgajali, da ... Tudi glede tablet, da so imele tablete tiste punce, ki so imele več fantov, in tako naprej. (Vera, 48)*

Z leti so se informacije o kontracepciji spreminjale. Udeleženke so povedale, da so se spreminjale tako informacije o vrstah kot o neželenih učinkih kontracepcije. Nekatere so menile, da se je spreminjalo oboje, druge, da so se bolj spreminjale informacije o vrstah kontracepcije, tretje pa, da so se informacije večinoma dopolnjevale in ne bistveno spreminjale, pri čemer so ves čas prejemale nove podatke o neželenih učinkih. Spreminjale so se tudi informacije o tem, katera kontracepcija je primernejša pred ali po porodu. Nekatere ženske so bile zainteresirane predvsem za informacije o neželenih učinkih, saj so ob novih podatkih želele po potrebi prilagajati svojo izbiro kontracepcije.

Cvetka je opazila, da so z leti prihajale nove informacije glede kontracepcije. Lojzka je navedla, da je neželeni učinki niso zanimali, saj je bilo jemanje tablet enostavno in jih je potrebovala. Intervjuvanke, ki so bile zadovoljne z izbrano metodo kontracepcije, se za druge metode niso zanimale. Nove informacije niso zanimale niti tistih, ki tablet niso uporabljale, se o njih niso spraševale, so z njimi hitro prenehale ali so ves čas uporabljale kondome. Teh prav tako niso zanimale »umetne« in »kemijske« metode kontracepcije, temveč zgolj naravne metode. Ena intervjuvanka je dodala, da dobi vse potrebne informacije pri ginekologu.

Vera je za nove informacije o kontracepciji izvedela predvsem iz medijev in je pogrešala, da ji informacij ni nudil njen ginekolog. Udeleženke so opazile tudi, da so se z leti v medijih vse bolj pojavljali članki o negativnih učinkih kontracepcije. Sonček je opazila, da se danes vse več govori o škodljivih učinkih tablet in o napredku znanosti v povezavi s kontracepcijo. Elizabeto so zaradi njenega verskega prepričanja zanimalo predvsem informacije o tem, katera kontracepcija je abortivna in katera je neabortivna. Med neabortivno kontracepcijo spadajo metode, pri kateri do oploditve jajčeca sploh ne pride. Med abortivne metode pa štejejo tiste, pri kateri pride do oploditve jajčeca, vendar je ugnezditev oplojenega jajčeca onemogočena, mednje na primer spada maternični vložek.

*Mene je recimo zanimalo pri kontracepciji, katera je po možnosti abortivna kontracepcija in kaj ni abortivna kontracepcija. To mi je bila ena stvar, ki me je tako zanimala. Pa ne vem, kot sem jaz to raziskala za moje potrebe, je bilo, da kondom je kontracepcija, ki ni abortivna, za preostalo pa tudi ne vem. Tudi od ... sem nekaj brala. Recimo, da tabletke v neki majhni meri so pa tudi lahko, če jih ne jemlješ pravilno. Tako da, ampak v bistvu nisem, za lastno rabo*

*nisem več razmišljala o kontracepciji. Sem se pa seznanila v tem času tudi z naravno metodo, recimo, urejevanja spočetij. (Elizabeta, 38)*

Kar nekaj intervjuvank je izpostavilo problem nepripravljenosti moških za uporabo kondomov. Nekatere so to opazile pri več spolnih partnerjih, dve pa pri svojem možu.

*Moški kot moški. Kondom in to, kriza ... To je, vsaj za mojo generacijo, še to, joj, bog ne daj. Ni bil noben navajen. Ko smo se s kolegicami pogovarjale o tem, smo se vse režale, ne. Redkokatera je imela partnerja, ki je na to pristajal. Tako da je bilo najbolj enostavno, da si šel potem ti na kontracepcijo. (Lojzka, 40)*

To kaže na specifičen odnos moških do kontracepcije. Njihov odklonilen odnos do uporabe kondomov lahko razumemo kot nespoštovanje partnerkine varnosti ali kot prelaganje odgovornosti za nadzor nad spolnostjo na žensko, ki si želi zaščite. Moški pogosto postavljajo lastni užitek pred tveganje neželene nosečnosti, ki ga nosi ženska. V okviru restriktivne seksualne kulture, kot je razvidno iz Tatjanine zgodbe, prizadevanja žensk za uporabo kondoma kaže, da ženske še niso enakovredne partnerice v spolnem odnosu in si morajo to vlogo še izboriti. Nesprejemanje moške sterilizacije, kot ga omeni Eleonora, odraža podoben vzorec – moška sterilizacija je še vedno redkejša praksa kot pravilo v našem kulturnem okolju.

*Jaz sem predlagala sicer potem, ko sva prišla v malo konfliktno situacijo, in sicer: 'Lahko se greš pa ti sterilizirati'. Kar je manjši poseg. Ampak o tem pa noče noben moški slišati. (Eleonora, 58)*

Ivanka je bila razočarana, ker ji je mož vedno prepuščal odločanje o kontracepciji, tudi ko sta uporabila kondom, ki ga je morala vedno namestiti sama. Njegova pasivnost jo je jezila in ji hkrati ustvarjala občutek, da je mož ne spoštuje. Ta občutek ni bil prisoten samo pri njej.

*Saj sva imela midva tudi kondome nekaj časa. 'Muka Isusova', čisto tako povedano. Se kregaš, pa pregovarjaš. Pred tem, pa vmes, ko nisem jemala, pa ko sem hotela, da glede na to, da nimamo rednih spolnih odnosov, naj uporabi kondom. (Lojzka, 40)*

Hkrati so tri ženske (Julči, Nika in Andreja) od svojih partnerjev zahtevale uporabo kondoma. Ena od njih je partnerja opozorila, da ga mora uporabiti, medtem ko sta dve ženski kondom neposredno zahtevali. Takšne izkušnje deloma odražajo permissivno seksualno kulturo, v kateri imata oba partnerja enakovredno vlogo v spolnih odnosih. Julči je poudarila, da so bili zanje kondomi ključni, saj ni bila pripravljena tvegati »rodil v take namene«, s čimer je želela povedati, da ni želela tvegati neželene nosečnosti. Ena od udeleženk je navedla, da je jemanje kontracepcije negativno vplivalo na njeno spolno željo, zato ji je partner predlagal prehod na uporabo kondoma.

Razlike v strpnosti do kontracepcije znotraj družbenega okolja so bile izrazite. Medtem ko nekatere ženske niso zaznale negativnih odzivov okolice, je Marjetka izkusila konflikte s svojim bodočim zetom, ki ji je očital, kakšna mama je, ker je hčerki svetovala uporabo kontracepcije.

*Tudi svojim otrokom, ker imam dve hčerki, kontracepcijo priporočam. Čeprav je to zanimivo, da jo eni celo obsojajo. Glede starejše hčerke je bilo tako, ker sem želela, da jemlje kontracepcijo, ker je še študirala, mi je njen partner očital, kakšna mama sem, da sem svoji hčerki priporočala hormonske tabletko. Češ da je to slabo za njo, da se moram vprašati, kako bo kasneje z njeno zanositvijo. To je čisto drugo mišljenje. (Marjetka, 52)*

Cvetka, ki je pri prvem spolnem odnosu uporabila prekinjen spolni odnos, se je zavedala, da se mora postaviti zase, skrbeti za lastno zaščito in upoštevati svoje potrebe. Druge ženske, ki so uporabljale prekinjen spolni odnos, so menile, da so se zanj odločile zaradi neizkušenosti ter začetne nesproščenosti v spolnosti, na kar so vplivali tudi nezadostno poznavanje partnerja in življenjske okoliščine. Tatjanin primer kaže, da ji mož ni dovoljeval uporabe kontracepcije, zaradi česar je živela v stalnem stresu zaradi strahu pred zanositvijo, njeno doživljanje spolnosti v reproduktivnem obdobju pa ni bilo zadovoljivo.

Sara je po prvem spolnem odnosu, ki je bil izsiljen, dolgo odlašala s ponovnimi spolnimi odnosi. Poleg tega je bil njen bris tako slab, da je bil potreben odščip tkiva za histološki pregled za izključitev predrakavih sprememb, kar je dodatno povečalo njen strah. Nasprotno pa je Helena do spolnosti pristopila brez skrbi, ker je uporabljala metodo varnih dni in je bila poročena. Kljub temu sta z otrokom želela počakati vsaj še pol leta. V primeru zanositve bi sicer rodila, zato je ta skrb ni bremenila.

Šestintrideset žensk ginekologa prvič obiskalo po prvem spolnem odnosu. V drugem delu raziskave vprašanj o prvem obisku ginekologa nismo več zastavljali. Od teh je ena ženska prvi obisk opravila zaradi zapleta s kondomom, ki je ostal v nožnici; ob prejemu urgentne kontracepcije se je hkrati dogovorila tudi za stalno kontracepcijo. Sedem žensk je prvič obiskalo ginekologa po zanositvi, 13 pa pred prvim spolnim odnosom z namenom pridobitve kontracepcije. Tri ženske se ne spominjajo, kdaj so prvič obiskale ginekologa. Sara, ki je imela pred tem le en spolni odnos, je ginekologa obiskala po prejetju obvestila od Zore<sup>20</sup> in ker se ji je zaradi starosti zdelo potrebno prvič obiskati ginekologa.

Od teh, ki so šle na prvi pregled pred prvim spolnim odnosom, jih je 6 odšlo z namenom, da dobijo kontracepcijo. Ostale so obiskale ginekologa predvsem iz zdravstvenih razlogov, kot so vaginalni izcedki, težave s kožo ali druge zdravstvene težave; dve pa sta obisk opravili preventivno. V času med prvim spolnim odnosom in pregledom pri ginekologu je bilo 17 žensk popolnoma brez kakršnekoli zaščite. Tiste, ki so ginekologa obiskale prej, so uporabljale tablete, ostale pa večinoma kondom. Ena ženska je zaradi težav s kondomom, ki je med spolnim odnosom počil, tudi zanosila in kasneje rodila prvega otroka.

Večina žensk se ni spraševala, kako bi nezaščiteni spolni odnosi po prvem spolnem odnosu lahko vplivali na njihovo kasnejšo spolnost. Takrat niso razmišljale o morebitnih posledicah.

*Veš, kaj, jaz sem bila stara 17 let. Ne razmišljal tako, zato sem pa zanosila, ne, ker tako ne razmišljal. (Miša, 46)*

Tudi ženske, ki so uporabljale kondom, o tem večinoma niso razmišljale, razen manjšine, ki partnerju niso povsem zaupale in so si želele varnejšo metodo.

*Samo jaz tistikrat nisem niti kaj dosti razmišljala. Potem sva uporabljala kondom. Glej, zdaj se pa niti ne spominjam. Kdaj, ko pomislim za nazaj, ko začneš kot otrok, ti sploh ni nič jasno. Potem sem sestro malo cukala za rokav, sem jo kaj spraševala, ter prijateljice in tako izbrskaš informacije. Takrat ti pol ni jasno. Ne pol, tri četrtr. (Lija, 40)*

Takrat naj bi šlo za obdobje raziskovanja. Udeleženske so se zavedale občasnega nelagodja, vendar menijo, da to ni bistveno vplivalo na njihovo spolnost. Takrat se je njihova spolnost, po njihovih

<sup>20</sup> ZORA – je preventivni program za odkrivanje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb na materničnem vratu.

navedbah, šele prebujala. Ena od žensk, ki je bila zelo radovedna, se je podala v raziskovanje kljub podzavestnemu strahu pred nosečnostjo in je nato tudi zanosila.

*Jaz sem bila predvsem 'firbčna'. Predvsem sem hotela stvari doživljati in tako da sem ga na veliko spodbujala, brez kondomov, ti kar daj, jaz te hočem čutiti, hočem vedeti. Jaz sem zelo ... saj pravim, raziskovala sem, kakšen občutek je to. Ja, strah je bil, ampak je bil še bolj neveden strah. Pravzaprav nisem vedela, koliko sem jaz plodna in potem sem dejansko zanosila, po pol leta sem zanosila. To je bil zame najsrečnejši dan v mojem življenju. Jaz sem se najbolj bala, da ne bi mogla imeti otrok. (Ivanka, 41)*

Druga v tem obdobju opisuje težave z vaginizmom<sup>21</sup> in bolečim spolnim odnosom, zaradi česar sta s partnerjem porabila ogromno kondomov.

*Samo ni šlo v prvo. To je bilo ... trajalo je menda tri mesce, da je bilo v redu, ker me je zelo bolelo, pa vse. (Ema, 20)*

Dve ženski sta omenili nesproščenost zaradi strahu pred neželjeno nosečnostjo, kar je eno kmalu spodbudilo za obisk pri ginekologu, medtem ko je druga zanosila že pri svojem drugem spolnem odnosu.

Ženske, ki so uporabljale kondom, večinoma menijo, da uporaba kondoma ni vplivala na njihovo spolnost. Tudi uporaba prekinjenega spolnega odnosa v obdobju po prvem spolnem odnosu, kot trdita dve ženski, ni imela nobenega vpliva na njihovo kasnejšo spolnost, medtem ko je pet žensk ob uporabi prekinjenega spolnega odnosa v tistem času skrbelo zaradi možnosti neželene nosečnosti. Kljub strahu sta dve še naprej uporabljali kondom, ena je uporabljala prekinjen spolni odnos, ena je bila brez zaščite, ena je občasno uporabljala kondom.

Bojano, ki je bila brez zaščite, je mama odpeljala h ginekologu. Elizabeta se je zavedala, da ne želi zanositi, vendar je njena zaljubljenost prevladala nad njenimi moralnimi normami in globokim verskim prepričanjem.

*Ampak, bila sem zaljubljena. To se pa spomnim, da sem bila. Tako sem si skozi govorila: 'Če vsi, tudi jaz lahko to počnem. Saj to ni nič posebnega. Saj vsi tako delajo. Če imaš fanta, imaš spolnost.' To sem si ves čas govorila. (Elizabeta, 38)*

Glede na informacije, ki so jih ženske prejemale skozi čas o kontracepciji, se je spreminjal tudi njihov odnos do kontracepcije. Od negativnega se je pri večini spremenil v pozitivnega, pri eni intervjuvanki pa je prišlo tudi do obratnega mnenja zaradi povečanja benignega tumorja na jetrih, ki se je pojavil med jemanjem kontracepcije. Negativen odnos so udeleženke izražale na začetku, zaradi strahu pred hormonskimi učinki in drugimi neželenimi vplivi kontracepcije. Pozitiven odnos so utemeljevale z medicinskimi argumenti. Zaupale so medicinski doktrini in dejstvu, ki jih zagovarja medicina. Poleg prepričanja, da kontracepcija pozitivno vpliva na preprečevanje neželene nosečnosti in splavov, so udeleženke izpostavile pomen samostojne skrbi za lastno telo, občutek varnosti in zaščite pred neželjeno nosečnostjo, zmanjšanje menstrualnih bolečin ter uravnavanje menstrualnega ciklusa. Prav

---

<sup>21</sup> Vaginizem je perzistentna (trajajoča) ali ponavljajoča težava ženske pri vaginalni penetraciji penisa, prsta ali katerega koli drugega predmeta, kljub temu da si ona to želi. Prisotni so še: nehotno krčenje mišic medeničnega dna, izogibanje penetraciji ter vnaprej pričakovan strah pred bolečino (Montorsi idr., 2010).

tako so poudarjale njen vpliv na psihično počutje, saj menijo, da uporaba kontracepcije preprečuje morebitne psihične posledice, povezane s splavom.

*Jaz sem v bistvu zelo zadovoljna s kontracepcijskimi sredstvi. Zelo pozitivno. Jaz se prav bojim, ko bom nehala jemati kontracepcijske, ker res, zmanjšujejo mi bolečine, ciklus imam uravnan, nimam tako močne menstruacije. Jaz imam same pozitivne izkušnje z njimi. (Mojca, 26)*

*Če pogledam naslednjo vas, kjer imajo sedem otrok, ne vem. Jaz, ki se gibljam v krogih, kjer smo dovolj razgledani, nimam ljudi, ki bi odkrito imeli kakšne zadržke o kontracepciji. Že v študentu sta sestrčna in kolegica izkusili nezaželeno nosečnost. In to je bila taka travma za te punce, prekiniti nosečnost, da nikjer nisem slišala za kakšne polemike. Bilo je samo to, da boljše kontracepcija, kakor da se odločaš, ali boš otroka obdržala, ali ne. To sta mi obe zagotovili. Sta rekli: 'To ti pa ne privoščim.' Tako da, tako je to. (Lojzka, 40)*

Svoje pozitivno stališče so utemeljile tudi z vidika, da kontracepcija predstavlja »del ženske«, saj omogoča večjo sproščenost med spolno aktivnostjo, izboljšuje spolno življenje in s tem postane integriran del nje.

Kljub neželenim učinkom nekatere udeleženke prisegajo na to, da je kontracepcija še vedno dobra ter verjamejo, da je kot metoda za načrtovanje družine najboljša hormonska kontracepcija. Tako kljub negativni izkušnji trombemboličnega zapleta ob jemanju kontracepcije meni tudi Mija.

*Ja, saj pravim, sigurno je pozitivno. Strjevanje krvi, to, mi je bil kar nekaj časa fokus. Drugače pa je, moram reči, da res vidim, da moški niso pristaši kondomov oziroma se je treba prav boriti za to. Zdaj ne vem ali sem jaz same takšne spoznavala ... Pa ne bi rekla, da je kontracepcija nujno zlo. Saj v bistvu konec koncev gre za tebe. Jaz moram reči, da vedno zagovarjam dejstvo, da je najboljše, da se ženske same zaščitijo, ker drugače nisi siguren. Z njo pa si siguren, ker gre konec koncev za tebe. (Mija, 28)*

Eno udeleženko zelo moti, da tablet ne more prenašati tako, kot bi si želela, saj jih zase ocenjuje kot primerno metodo. Večina udeleženk meni, da je kontracepcija v sodobnem času samoumevna izbira za ženske, ki ne želijo zanositi. Zavedajo se, da jim v preteklosti uporaba kontracepcije zaradi kulturnega in družbenega pogleda na seksualnost ni bila omogočena, zato so z leti odklonilen odnos spremenile v pozitivnega.

*Veste kaj, težko bi rekla, zdaj je nekaj pozitivnega, ker se mi je zdela samoumevna. Ja, samoumevno se mi je zdelo, da če ne želim biti noseča, jo moram imeti. (Zora, 62)*

*Jaz sem ves čas imela pozitiven odnos do tega. Nikoli kakšnega odpora, nikoli kakšnih negativnih, ali da bi iz okolice, od prijateljic, znank slišala kaj negativnega, tako da jaz čisto pozitivno sprejemam to in ves čas sem in tudi danes je tako. Pomeni mi svobodo odločanja in organizacijo svojega življenja. Meni se zdi krasna stvar. (Lara, 39)*

Kontracepcija se zdi ženskam nujna, ker jim daje moč svobodnega odločanja in načrtovanje življenja, zaradi česar jo mnoge dojemajo kot pozitivno. Pri nekaterih ženskah pa o izbiri kontracepcije odloča partner, kar nakazuje na prisotnost patriarhalne kulture. Zaradi verskega prepričanja, ki je Ivanki preprečeval jemanje tablet, se je po posvetu z duhovnikom odločila za varnejšo metodo kontracepcije, in sicer sterilizacijo.

Obstajajo pa ženske, ki do kontracepcije zavzemajo nevtralen ali celo skeptičen odnos, predvsem zaradi morebitnih neželenih učinkov, med katerimi navajajo tudi povečano tveganje za raka na dojki. Te udeleženke kontracepcijo dojemajo kot nujno zlo, če želijo preprečiti zanositev.

*Pravijo, da vnašanje hormonov v telo ni dobro, potem pa misliš o posledicah. Potem ti piše o stranskih učinkih, povečani možnosti raka na dojki. Potem pa ti piše o zmanjšani možnosti raka na materničnem vratu, tako da ne veš več, kaj bi si mislil. Tako da več niti ne premišlujem. (Tanja, 26)*

Ženske, ki uporabljajo izključno naravne metode, imajo večinoma odklonilen odnos do hormonske kontracepcije, ki je medicinsko zelo zanesljiva metoda kontracepcije. Uporabnice naravnih metod menijo, da njihova uspešna uporaba zahteva veliko dela, potrpežljivosti in vztrajnosti, kar pa ne ustreza vsem ženskam, zato mnoge raje posežejo po hormonski kontracepciji. Poleg tega nekatere uporabnice naravnih metod ne morejo sprejeti kontracepcije, saj jim potencialni neželeni učinki povzročajo psihološko blokado, ki preprečuje njeno uporabo.

*Meni se zdi, da nisem sovražno razpoložena do kontracepcije pri tistih, ki jo uporabljajo. Ampak pravo odkritje mi je bilo doživeti, da lahko svojo plodnost uravnavam, ne da bi rabila vnašati kakršno koli sredstvo v moje telo. Drugače se mi zdi kontracepcija 'all over'. Samo tako se mi pa zdi, da bi pa bila tudi še kakšna lahko srečnejša, če bi poznala te metode. Sem pa odkrila, da je možno živeti spolnost, ne da bi uporabljal kemično ali pa umetno zunanjo kontracepcijo. Da lahko sledim svojemu ciklusu. (Elizabeta, 38)*

Skoraj polovica žensk trenutno nima nobenih zadržkov glede uporabe kontracepcije. Kontracepcija jim omogoča več možnosti odločanja in jim daje pozitivno samopodobo. Kljub temu se pri nekaterih pojavljajo zdravstveni zadržki glede kontracepcije: prepričanje, da kontracepcija znižuje spolno željo; to, da maternični vložek povzroča vnetja; poročanje o razdražljivosti; različni neželeni učinki, ki vplivajo na slabše psihično počutje; splošen zadržek proti jemanju tablet; dvomi o varnosti metode glede zanositve; ter skrb glede povečanja telesne teže. Ob tem se ženske zavedajo tudi lastnih predsodkov glede neželenih učinkov.

Dve udeleženki sta poročali o negativnih izkušnjah s kontracepcijo. Pri prvi je bila odkrita tvorba na jetrih, ki se je povečala med jemanjem kontracepcije, pri drugi je obstajal sum na trombembolijo. Kljub temu obe še naprej sprejemata in uporabljata kontracepcijo.

Izrazit zadržek do uporabe kontracepcije se kaže v konceptu naravnega, ki nasprotuje uporabi t. i. »kemične« kontracepcije.

*Zato, ker pravijo, kako dolgoročno vpliva na zdravje ženske, pa tudi na odnose, na to, da ženska pač ni več, da jo spreminja tudi tako na zunaj. Mislim, ne na zunaj, da drugače izgleda, ampak tako, hormoni tako delujejo, da ženska lahko postane zamorjena, ali pa tako. (Sara, 36)*

Ena od žensk ga utemeljuje z izjavo, da »seksanje ni življenjsko nujno«. Druga je zadržek povezovala z izkušnjo, da po prenehanju uporabe kontracepcije ni mogla zanositi. Med zadržki se pojavlja tudi stališče, da je kontracepcija omogočila moškim manjšo skrb za žensko (spolnost in reprodukcijo). Kljub temu udeleženka, ki to izpostavlja, sama nima zadržkov do uporabe kontracepcije.



*... in sem raziskovala, sem ugotovila, da so pravzaprav zdajšnji moški v spolnosti tako osiromašeni in tako plitki ravno zaradi tega, ker smo jim ženske to omogočile s kontracepcijo. Ker smo začele nadzorovati svojo plodnost. Mislim, umetno nadzorovati svojo plodnost. Saj se jo da tudi naravno, ampak pri naravni metodi mora moški bolj sodelovati. In zaradi tega se mi zdi, da smo nazadovali. Kar se pa tiče neke sproščenosti ženske pri spolnosti, da dejansko lahko uživa, kadar njej paše, se je pa povečalo. Tako da ima dobre in slabe strani, no, tako, tudi kar se tiče teh družbenih odnosov. (Ivanka, 41)*

Večina žensk kontracepcije ni uporabljala za druge namene kot za preprečevanje zanositve. Dve udeleženki sta neuporabo dodatno utemeljili s prepričanjem, da ne želita posegati v hormonsko ravnovesje in da mora organizem delovati normalno. Nekoliko manj kot polovica žensk je kontracepcijo uporabljala tudi iz medicinskih razlogov, kot so endometrioza<sup>22</sup>, prestavljanja menstruacije, bolečih menstruacij, krvavitev, zadebeljene sluznice, sprožanje menstruacije, akne oziroma izboljšanje kože, ter urejanje ciklusa.

Glede nesprejemanja kontracepcije udeleženke menijo, da je v preteklosti o tem obstajalo več polemik, vendar so sčasoma deloma izzvenele. Po njihovem mnenju je kontracepcija danes, kljub občasnim polemikam, bolje sprejeta kot splav. Nasprotovanja kontracepciji obstajajo predvsem v verskih krogih, zlasti v okviru Rimskokatoliške cerkve, ki kontracepciji nasprotuje.

*To je le verska, tako bom rekla, tradicionalna katoliška družina, kjer seveda standardna kontracepcija ni sprejeta kot nekaj zaželenega, primernega, karkoli. Je pa res, da me mama kot verna nikoli ni spraševala o tem. (Mira, 51)*

Opazile so, da se v javnosti pogosto reklamirajo naravne metode kontracepcije ter da se pojavljajo polemike glede kontracepcije, ker naj ne bi bila naravna.

*Včasih tako slišiš od teh ljudi, ki so bolj naravno usmerjeni, bolj ekološko, ki prisegajo bolj na naravne stvari, da nasprotujejo temu. Mogoče tega ne razumem. Mislim, da ne vejo, da ni kontracepcija samo zaradi spolnih odnosov, ampak da so še drugi učinki, zaradi katerih ljudje posegamo po kontracepcijskih tabletkah. (Tanja, 26)*

Na vprašanje, kako so kultura in zadržki iz okolice vplivali na njihovo življenje, je večina udeleženk navedla, da nanje niso vplivali. Ena je poudarila, da jih tudi partner ni imel. Tri udeleženke so sicer poročale, da osebno niso imele zadržkov, vendar so zaradi širšega okolja, ki kontracepciji ni naklonjeno, svoje mnenje ohranile zase in se o tem niso hotele pogovarjati z drugimi. Šest žensk je zaradi okolja izražalo zadržke, ki so se s časom postopoma zmanjševali. Na zadržke sta pomembno vplivala vera in prepričanje, da kontracepcijska sredstva, ki jih priporoča medicina, niso naravna.

*Ko sem prebrala vsa, recimo za vsake tablete, ta priporočila, ni bilo nič takega, da bi bilo, da bi mi dalo misliti, da mi lahko škoduje. V bistvu so bolj moralni zadržki kot pa znanstveni. (Julči, 35)*

### **Stiki z ginekologi in vloga ginekologa pri kontracepciji in v spolnosti**

Pri prvem obisku ginekologa zaradi pridobitve kontracepcije so ženske poročale o zelo raznolikih izkušnjah. Izkušnje so se razlikovale tako glede odnosa ginekologa kot glede stopnje izpolnitve

<sup>22</sup> Endometrioza – je stanje, pri katerem tkivo na različnih mestih v mali medenici ali drugod po telesu vsebuje celice maternične sluznice (W. B. Saunders Dictionary Staff, 1994, str. 553).

pričakovanj pacientk, zato so se tudi nasveti med posameznicami razlikovali. Razpon izkušenj sega od takojšnjega svetovanja o uporabi kontracepcije do popolne odsotnosti svetovanja, pri čemer so ginekologi le predpisali tablete.

Damijanina ginekologinja je bila pred več kot 40 leti neprofesionalna, saj ji je odsvetovala spolne odnose in ji hkrati dejala, da bi morala staršem razkriti, da je spolno aktivna. O kontracepciji ji ni posredovala nobenih informacij niti ji ni nudila svetovanja. Damijana se je od takrat izogibala ginekologov, kmalu po tem dogodku pa je mladoletna zanosila in rodila.

*... ko je videla, da nisem nedolžna, je znorela. Namesto, da bi z eno pametjo prišla do mene. ...takrat mi je zagrozila, da bo staršem povedala ... pa mene mama ubije! In od takrat, potem sem se jaz izogibala ginekologov ... (Damijana, 51)*

Sonček je imela prav tako slabo izkušnjo z ginekologom. Bila je okarana, ker je prišla po kontracepcijo pred prvim spolnim odnosom; ginekologinja ji ni verjela, da še ni imela spolnih odnosov in jo je vaginalno pregledala. Brez tega pregleda ji kontracepcijskih tablet ne bi predpisala.

*Ja, zato, ker sem prišla po kontracepcijske tablete in mi je rekla ginekologinja, da se moram sleči in iti na pregled. Jaz sem pa vedela samo to, da v bistvu, če še nisi imel spolnih odnosov, da načeloma se naj ne bi pregledovalo. In mi je rekla, da mi pri 17 letih ne verjame, da jih še nisem imela. Če želim imeti tablete, da moram iti na mizo ali naj grem pa domov. Tako da, to je bila moja taka izkušnja s kontracepcijo. (Sonček, 37)*

Medtem ko so nekatere ženske poročale o negativni izkušnji ob obisku ginekologa zaradi pridobitve kontracepcije, so bile druge nezadovoljne, ker so kontracepcijo prejele brez ustreznega svetovanja. Nekatere so dobile le pomanjkljive nasvete, druge pa natančna navodila za jemanje kontracepcijskih tablet, ki ji jih je izbral ginekolog. Pri Lojzki je ginekologa zanimalo, ali ima redne spolne odnose. Ko ga je vprašala, kaj šteje kot redni spolni odnosi, je odgovoril, da vsaj enkrat tedensko in ji je predpisal želeno kontracepcijo. Ni jasno, ali bi ji predpisal kontracepcijo, če ne bi imela spolnih odnosov vsaj enkrat tedensko. Miša je odklonila kontracepcijo, ki ji jo je predpisal ginekolog, vztrajala pri svoji izbiri in želeno tudi dobila. Julči se je prav tako uprla uporabi kontracepcijskih tablet. Petri in še dvema ženskama so ginekologinje pri prvem obisku svetovali prekinjen spolni odnos.

Ena od ginekologinj je predpisala zaščito in naročila, naj si prebere navodila. Ivanka je šla h ginekologu s tabletami, ki ji jih je dala mama in njen ginekolog jih je brez zadržkov predpisal tudi njej. V nasprotju z Ivankinim, je drug ginekolog vztrajal pri tabletah po lastni presoji in ni želel ponuditi alternativne metode. Nekatere ženske so bile zadovoljne, ker so kontracepcijo prejele brez pregleda, druge pa zato, ker so bile deležne celovitega ginekološkega pregleda in podrobne razlage. Nekaterim so ginekologi omogočili izbiro in predpisali želeno kontracepcijo ter podali navodila za njeno uporabo.

Iz intervjujev ugotovimo, da so ženskam svetovali najustreznejše metode za njihovo zdravstveno stanje, pri čemer je večina nasvetov temeljila na medicinskih kriterijih, kar je bilo pričakovano. Stopnja zaupanja v ginekologa se je med udeleženkami razlikovala; večina se je njihovim nasvetom prepustila, redke pa so vztrajale pri izbiri kontracepcije po lastni presoji. Nekatere ženske imajo občutek, da jim ginekologi predpisujejo tablete, ki so v določenem obdobju moderne. Pogrešale so pozitivne informacije, saj so pogosto prejele samo opozorila ali kontraindikacije zaradi zdravstvenih razlogov.

Elizabeta opisuje svoj prvi obisk pri ginekologu zaradi kontracepcije kot izrazito negativno izkušnjo, saj je bil ginekolog brezoseben, dodatno nelagodje pa ji je povzročilo srečanje z materino znanko v ambulantni.

Tudi kasnejše informacije ginekologov o kontracepciji so bile zelo raznolike – od skopih do zelo izčrpnih. Nekatere ženske zaradi negativne prve izkušnje niso več iskale kontracepcije pri ginekologu. Druge informacij niso prejele, ker jih niso želele, spet tretjim so podali nasvete samo, če so zanje izrecno prosile. Nekaterih žensk nasveti ginekologov niso zanimali, medtem ko so druge izpostavile problem nezadostnega upoštevanja njihove avtonomije pri izbiri kontracepcije, saj so imele občutek, da jim ni omogočena izbira metode, ki bi jo same želele.

*Ni hotel slišati, da hočem tablete. Prisilila sem ga, da mi je dal tablete, čeprav mi ni hotel, samo jih potem nisem mogla dolgo jesti. (Miša, 46)*

Zaradi nezadovoljstva z obravnavo so nekatere ženske menjavale ginekologe, dokler niso našle ustreznega. Nekateri ginekologi so ženskam vztrajno predlagali maternični vložek, ena izmed ginekologinj pa je promovirala samo mehansko obliko kontracepcije. Damijani je ginekologinja po mladoletnem porodu vstavila maternični vložek kljub njenemu nestrinjanju. Pri tem je verjetno dvomila o njeni doslednosti pri jemanju kontracepcijskih tablet.

*Tista prva ginekologinja ... katastrofa ... to je bilo blazna katastrofa. Potem se pa nismo niti pogovarjali o mojih željah in pričakovanjih ... Tisti vložek mi je vstavila, čeprav sem povedala, da imam vnetja in šele potem, po hudem vnetju, so mi dali tablete. Da bi kaj poglobljeno govorili, kaj in kako, ali pa raziskovali še ostale možnosti, pa nikoli ni bilo. (Damijana, 51)*

Ženske so pri ginekologih pogosto pogrešale več vprašanj, kar so povezale s tem, da se ginekologi zanje ne zanimajo. Druge udeleženke so popolnoma zaupale, strokovnosti in odgovornosti svojega ginekologa. Večina žensk je njihove nasvete spoštovala, tudi kadar so kasneje pri drugem ginekologu izvedele, da bi lahko uporabile drugačno, blažjo kontracepcijo z enakim učinkom.

*Sem se zanesla na njene nasvete, kar se navodil tiče. Čevlje sodi naj kopitar. To pa kar zaupam. (Lara, 39)*

*Ja, zdaj če bi bilo to mogoče, glede na mojo višino, težo in na vse, bi mi po moje ugodila, tako kot mi je do zdaj vedno, če sem imela kakšna vprašanja. Če pa ve, da za mene ni dobro oziroma da ona tvega svojo službo, pa bo to sprejela. (Vanja, 21)*

Glede na starost intervjuvank so ginekologi svetovali različne znotraj reproduktivnega statusa žensk in takratnih aktualnih metod. Tako je na primer mladoletni Nini ginekologinja predstavila kondom kot pozitivno metodo. Po porodu so ženskam najpogosteje ponujali maternični vložek. Kot je bilo že omenjeno, so trem ženskam tudi kasneje svetovali prekinitev spolnega odnosa kot obliko kontracepcije. Sonček je bila razočarana nad svojo ginekologinjo, saj je ta v določenem obdobju samoumevno pričakovala njeno pripravljenost na zanositev, česar sama ni želela.

*Ampak, potem sem bila jaz stara, ne vem, 25 let, ko sem nehala jesti tablete in potem me nihče ni nič spraševal v bistvu o kontracepciji. Mislim, da se tako pričakuje, da bo slej ko prej nosečnost. Tako, da se niso ukvarjali z mojo kontracepcijo. (Sonček, 37)*

Pri kakršnih koli medicinskih težavah so ženskam svetovali zdravju primerno kontracepcijo. Miji je po sumu na pljučno tromboembolijo ginekologinja svetovala tableto z enim samim hormonom. Pri

ženskah s težavami, kot so akne ali krvavitve, je bila izbira kontracepcije usklajena z medicinskimi indikacijami. Po določenih operativnih posegih so ginekologi svetovali spremembo kontracepcije, pri čemer so upoštevali ali je že rodila, kar je omogočalo širši spekter kontracepcije.

Šestnajst žensk ni zaznalo nobenih sprememb v svetovanju o kontracepciji, medtem ko je ena zaznala spremembo po zamenjavi ginekologa. Druge sprememb niso zaznale, ker še niso rodile oziroma ker so bile zadovoljne s svojo zaščito. Ena izmed udeleženk pa meni, da spremembe ni zaznala, ker so kasneje ginekologi pričakovali zanositev in ji posledično niso več svetovali kontracepcije.

Ženske, ki uporabljajo samo naravne metode kontracepcije, imajo pogosto svojo svetovalko za naravno kontracepcijo. Ena izmed uporabnic naravnih metod si je kljub temu želela več pozornosti ginekologinje in predvsem, da bi ta sprejela njeno mnenje o naravni metodi kontracepcije.

*Zdaj ne vem, če bi ravno zaradi tega menjala ginekologa. Pa tudi jaz mislim, pričakujem od njega tudi to, da če imam jaz drugačen način ali pa drugačno mišljenje, da tudi on tisto sprejme in to upošteva. (Sara, 36)*

Večina žensk ni opazila, da bi na vrsto kontracepcije vplival poročni status oziroma trajna partnerska zveza. Prav tako večina ni opazila, da bi jim bila svetovana drugačna kontracepcija kot samskim osebam v partnerskem odnosu. Dve udeleženci pred poroko nista imeli spolnih odnosov. Nekatere so poudarile, da je na uporabo kontracepcije vplivalo trajno partnerstvo, ker so tablete uporabljale v času partnerske zveze, ob prenehanju razmerja pa jih opustile. V tem obdobju so uporabljale kondom, ki so ga v začasnih zvezah uporabljale tudi zaradi zaščite pred spolno prenosljivimi okužbami.

*Aja, na začetku, seveda kondom, potem pa, kolikor traja. Če vidim, da je dolgotrajna zveza, potem seveda samo tabletko. (Nina, 21)*

Nekaterim partnerski status ni bil pomemben dejavnik; ko so začele uporabljati kontracepcijo, je niso opustile. Nekatere so kasneje v stabilnih partnerskih odnosih opustile uporabo metode varnih dni, druge so pričele z uporabo prekinjenega spolnega odnosa. V starostnem obdobju nad 35 let je bila nekaterim ponujena tudi sterilizacija. Resnost zveze je vplivala na vrsto kontracepcijske metode bolj kot poročni status. Nekatere so poudarile, da na njihovo izbiro kontracepcije ni vplival poročni status, temveč načrtovanje družine. Brez kontracepcije so bile samo v obdobju načrtovanja nosečnosti.

*Saj v bistvu, ko sem bila dlje v neki partnerski zvezi, sem nehala s kontracepcijo. Ampak pri meni kontracepcija ni tako pogojena s partnerskim odnosom kot to, ali imam željo in potrebo ter dogovor po družini, oziroma po otrocih, ali ne. Vedno sem to povezovala s tem. (Lara, 39)*

Pri uporabnicah naravnih metod kontracepcije je ključno sodelovanje partnerja, kar uporabnice povezujejo z resnostjo veze. Po njihovem mnenju je v uporaba metod, ki temelji na vzdržnosti v plodnih dneh, v nestalnih zvezah nemogoča. Vse štiri intervjuvanke, ki redno uporabljajo naravne metode kontracepcije s cikličnim opazovanjem telesa, to prakso utemeljujejo z verskim prepričanjem; vse so v zakonski zvezi in so se za izbrano metodo odločile skupaj s partnerjem.

### **Nadzor nad izbiro kontracepcije**

V primerih, ko so ženske izrazile željo po točno določeni vrsti kontracepcije, so ginekologi pogosto zahtevali dodatne argumente. Če izbrana metoda zanje ni bila najprimernejša, so jih na to opozarjali ob vsaki kontroli ter jim dali navodila, kako ravnati v primeru težav. Dve ženski se o izbiri kontracepcije

pri ginekologu nista mogli samostojno odločati, saj ginekologinja njunim željam ni ugodila. Vera pri ginekologu nikoli ni doživela pozitivnega odziva.

*Samo jaz sem tudi tako sprejela. Da tako mora biti in sem mislila, da je pri vseh ginekologih tako ... Saj ti nobena ne pove, kako je pri ginekologu. (Vera, 48)*

Julči pa je pojasnila, da so bili ginekologi vedno zelo presenečeni in začudeni, ko je povedala, da bo ostala pri uporabi kondoma.

Če ginekolog ne bi upošteval njihovega mnenja, bi pet žensk ravnalo po svoje; poudarile so, da ga razumejo kot partnerja, ne kot avtoriteto. Številne ženske o tem, da bi ravnale po svoje, niso razmišljale, saj niso imele slabih izkušenj in so ginekologom zaupale. Ena izmed njih sploh ni imela izbire ravnati po svoje, ker ji ginekologinja ni ponudila nobene alternative. Nekatere menijo, da bi se dalo morda v primeru drugačnega mnenja z ginekologom pogovoriti, saj ob dobrem odnosu ne vidijo razloga, da ta ne bi zamenjal določenega kontraceptiva. Kar 9 žensk bi v primeru neskladja menjalo ginekologa.

*Bi zamenjala ginekologa. Ker takrat sem ga tudi zaradi tega, ker se jaz s tistim obročkom nisem dobro počutila. Potem ko sem klicala, pa kar ni bilo nekega posluha, potem sem pa zamenjala ginekologa. Pa sem najprej hodila privat, potem me je vzela s koncesijo. (Cvetka, 38)*

Osebe, ki uporabljajo naravno kontracepcijo, bi se v primeru neskladja z ginekologom sicer pogovorile, vendar bi na koncu ravnale po svoje. Skoraj polovica žensk bi v primeru neskladja upoštevala mnenje ginekologa saj jim zaupajo, ker imajo strokovno znanje in ker je svetovanje njihova dolžnost. Dve ženski bi poiskali drugo mnenje. Tiste, ki bi se odločile za drugo mnenje, bi se zanj obrnile na drugega zdravnika, ne na laike, saj imajo večje zaupanje v zdravstvene strokovnjake.

Tretjina intervjuvanih žensk se o kontracepciji ni odločala samostojno. Eni izmed njih je ginekologinja njen predlog odsvetovala. Ženske, ki so se o kontracepciji odločale same, so naštele naslednje kriterije za odločitev: lastni občutek; lastno znanje in presoja; medicinska primernost in indikacije; mnenje prijateljic; strah pred zanositvijo in zaupanje v kontracepcijo; nasvet mame; informacije iz javnih medijev; nasveti iz knjig; varnost; težave s kožo oziroma aknami; uporaba kondoma zaradi zaščite pred spolno prenosljivimi okužbami; informacije sorodnic; praktičnost oziroma enostavnost uporabe (npr. maternični vložek vstaviš in nanj pozabiš); informacije ginekologinj; zanesljivost kontracepcije; izkušnje drugih; verski razlogi in informacije iz zloženek v ginekološki čakalnici.

Glede seznanjenja z novimi metodami kontracepcije je 15 žensk navedlo, da so jih ginekologi večinoma vedno obveščali o razpoložljivih možnostih. Nekatere so za nove metode izvedle šele ob pojavu neželenih učinkov pri uporabi prejšnje metode, medtem ko četrtina žensk od ginekologa nikoli ni prejela informacij o novih oblikah kontracepcije.

Ženske so se za določeno metodo odločile zaradi: njene sprejemljivosti in varnosti, odločitve ginekologa, skupne odločitve s partnerjem ter verskih prepričanj. Sprejemljivost metode so ocenile tudi glede na medicinsko stanje, (to je zdravstvenega stanja), kot so vpliv na spolno željo, depresija, neredni ciklusi, vpliv na kožo ter zaščita pred spolno prenosljivimi okužbami. Pomembna je bila tudi praktična sprejemljivost metode, na primer odsotnost obveznosti pri uporabi, enostavnost uporabe in udobje. Odločitev, ki temelji na verskih prepričanjih, je bila povezana z zavrnitvijo metod, ki so v osnovi za njih abortivne.

*To, da so se mi zdele tablete zelo varne, to je ena stvar, tako dosti zanesljive in prijazna metoda pri sami spolnosti. Ker vse druge ... so neka motnja, ki mi ni bila všeč. Mogoče tudi to, da je to nekaj, kar ti da neodvisnost. (Damijana, 51)*

Partnerji skoraj dveh tretjin žensk (41) niso imeli nobene vloge pri odločitvi glede kontracepcije. Odločale so se same, ne glede na partnerjevo mnenje, pri čemer so poudarile, da so »gospodarice svojega telesa« in da je to njihova osebna zadeva. Nekatere so partnerja samo obvestile, pri čemer se je moral partner z njihovo odločitvijo strinjati. Ena izmed udeleženk se je odločila za kontracepcijske tablete, zaradi ponavljajočih se težav s partnerji, ki niso želeli uporabljati kondoma. Druga je prevzela odgovornost za zaščito, ker partner ni želel opraviti sterilizacije oziroma ni bil pripravljen prevzeti odgovornosti za kontracepcijo, kljub temu da je poseg pri moških manj invaziven kot pri ženskah. Ena izmed štirih uporabnic naravne metode kontracepcije je metodo izbrala samostojno, partner pa se je moral z izbiro strinjati. Nika je partnerja zgolj obvestila o nujnosti uporabe kondoma, Andreja pa je moža v uporabo kondoma neposredno prisilila.

*No, on se ni glede tega nič odločal. To je čisto moja osebna zadeva. (Mojca, 26)*

Skupno odločanje o kontracepciji se je pojavljalo predvsem v primerih, ko je bila uporaba metode neposredno povezana z obema partnerjema, na primer pri uporabi kondoma. Izbiira kontracepcije v partnerski zvezi je bila odvisna od značilnosti posamezne zveze oziroma pomena partnerja za žensko. V stabilnejših odnosih so se ženske pogosteje skupaj s partnerjem odločale o izbiri kontracepcije. Kar štiri ženske so opisale partnerjevo pasivnost in popolno prepustitev odločanja glede kontracepcije, ne glede na to, ali so si same želele samostojnega odločanja ali ne.

*Popolnoma mi je prepustil to, no ... kar sem se jaz odločila. (Ana, 36)*

Pri treh uporabnicah naravnih metod kontracepcije je bila odločitev sprejeta skupaj s partnerjem.

*To sva pa oba čisto enotna, kar se tega tiče. In tudi nisva imela takrat v tistem obdobju nobenih zadržkov do kondoma. Pač sva se za to odločila in tako je bilo. Je pa res, da sva zdaj v takem obdobju, ko naju to sploh ne bega. Verjamem pa, da bo prišlo tudi obdobje, ko bova morala malo več o tem razmisliti in se odločiti, kako bova od takrat naprej. (Sara, 36)*

V dveh primerih je bila odločitev o uporabi kontracepcije izključno partnerjeva. Pri obeh moških je bil prisoten strah pred morebitno nezvestobo. V enem primeru je mož kasneje popustil, tako da sta se glede kontracepcije odločila skupaj.

*Za tablete sva bila oba z možem. Zdaj za Mireno je bilo pa tako, je pokazal ljubosumnost, so mu že možgančki delali in je rekel: 'Pa kakaj? Saj midva lahko paziva. A zdaj boš pa čez plot skakala, ko si tako sigurna?' Potem sva se skregala. Pa sem mu rekla: 'Veš, glej, tako bo. Konec. Če se Urška odloči, se tako odloči.' Tako. (Urška, 29)*

Damijana izpostavlja, da bi v primeru zakonske zveze z zelo vernim kristjanom lahko prišlo do omejitev pri njenem samostojnem odločanju o izbiri kontracepcije.

Iz vsega navedenega lahko sklepamo, da se ženske zavedajo svoje pravice do izbire kontracepcije, vendar je opazen tudi vpliv restriktivne seksualne kulture, na primer, ko partner ne želi uporabiti kondoma oziroma ga mu mora natakniti partnerka. Pojavili so se tudi skrajni primeri, v katerih moški v celoti odloča o izbiri kontracepcije za žensko.

## 4.4 Vpliv kontracepcije na spolnost

V nadaljevanju se osredotočam na vpliv kontracepcije na spolnost, na občutke žensk, ki jo uporabljajo, na njen vpliv na sam spolni odnos, ter na način, kako ženske dojemajo vlogo kontracepcije.

### Občutki ob uporabi kontracepcije

Ženske pri uporabi kontracepcije izražajo številne dvome, ki so pogosto rezultat družbenih prepričanj in norm, ne pa izključno osebnih izkušenj. Med glavnimi pomisleki so: sprememba ali znižanje spolne želje, zaradi česar nekatere trenutno ne uporabljajo kontracepcije; strah pred spremembami jetrnih izvidov; zadržki glede sterilizacije; skrb zaradi spolno prenosljivih okužb; strah pred neželeno zanositvijo ob uporabi tablet ali kondoma; strah pred nepričakovanim ob uporabi kondoma; strah o nezmožnosti kasnejše zanositve; ter zavedanje, da ima vsaka metoda svoje omejitve in potencialne neželene učinke. Ženske je ob uporabi kondoma pogosto strah, saj ga ne dojemajo kot popolnoma varno metodo kontracepcije. Pri materničnem vložku se pojavljajo dvomi zaradi prisotnosti tujka v maternici, pri hormonski kontracepciji pa strah pred tveganjem tromboze ali posledic na jetrih. Nekatere ženske niso pri nobeni kontracepcijski metodi povsem sproščene, tudi ob materničnem vložku ne, saj se zavedajo morebitnih neželenih učinkov in ker imajo glavobole ter dvome zaradi glavobolov, ki se pojavljajo pred ciklusom. Podobno ena od uporabnic naravnih metod ni popolnoma prepričana o učinkovitosti metode.

*Ja, malo strahu je, da bi počil, da bi se neželeno kaj zgodilo, zaradi tega ker sem gledala, da bi vsaj imela kakšno službo, se pravi pogoje za nosečnost oziroma za otroke. (Zala, 24)*

*V bistvu mi te tabletko kar ustrezajo. Mogoče je malo tako ves čas en občutek, kaj je potem, ko nehaš. Ali bo vse v redu, ko bom hotela zanositi. Ampak, kolikor sem si prebrala, večjih problemov menda ni. (Jana, 24)*

*Kaj pa jaz vem. Tako kot smo že prej rekli, ker nič ni sigurno. Zdaj, če še gledaš tako na datum okrog 17. bi moralo biti, pa ni, pa ne veš sigurno. Potem ti še kateri ciklus preskoči, ker je malo živčnosti. Ker so tako mali izcedki, da tako niti ne veš ali je prava krvavitev. Potem pa že ne veš, ali bi že letel v lekarno pogledat, ali si noseč ali se mi bo isto naredilo kot sodelavki, ki je potem rodila dvojčka. (Urška, 29)*

*Migrena. Ne vem, že zaradi tega, ker se mi je vedno zdelo ... tudi se nisem v redu počutila zaradi tega, ker sem imela ves čas neki tujek notri ... In vam povem, ko mi jo je ven vzela, se mi zdi, kot da me je nekaj spustilo. Ali je bilo to psihično ali kaj, že zaradi tega, mi ni bilo všeč. (Ariella, 35)*

*Kot sem že povedala prej. Edino to, da včasih pomisliš, stranski učinki in kakšen vpliv ima to na telo. Telo ni narejeno, da zaviramo to, da smo plodni. Edino včasih me je malo strah prvi dan menstruacije, ko pijem tabletko, zaradi tega, ker čutim, kot da mi vleče jajčnike dol, močen pritisk na jajčnike. (Tanja, 26)*

Več kot polovica žensk zaradi pridobljenega znanja nima zadržkov ob jemanju katere koli kontracepcije. Uporabnice naravnih metod navajajo, da jih nosečnost ne skrbi, saj bi v primeru zanositve pač rodile. Ob tem navajajo, da se spolnim odnosom izogibajo še nekaj dni po ovulaciji. Zavedajo se tudi, da lahko ob morebitnih težavah pri uporabi kondoma uporabijo postkoitalno kontracepcijo. Ena od uporabnic

naravnih metod je poudarila, da je s to obliko kontracepcije zelo zadovoljna, saj čuti, da je to njen lasten način uravnavanja spočetja.

*Recimo, da je to ena kontracepcija, kjer čutim, da je lastna, moja, za uravnavanje spočetij, ki je lasten mojemu telesu. Ta metoda zahteva eno budnost, da sebe opazujem. Ni tako, da bi z levo roko lahko živela eno svojo telesnost. Moram biti budna. Ena budnost je potrebna pri tem in na svoje telesne znake, sluz, da se kdaj otipaš. Tako lahko še kakšne druge telesne znake zraven spremljam, prsi ali bezgavke ali ne vem kaj, včasih maternični vrat. Mislim, vseh mi je, ker sem se s svojim telesom udomačila, bi rekla. Ja. Tako, ni tega, da sem odrezana od sebe, kakor sem bila recimo prej pri tabletkah ... Ali pa tudi mogoče sem potem imela eno obdobje, ko sem bila pretirano zadržana. (Elizabeta, 38)*

Med pozitivni učinki uporabe kontracepcije ženske navajajo predvsem večjo svobodo v spolnosti; čustveno in fizično svobodo, povečano zadovoljstvo med spolnim odnosom, večje udobje in sproščen odnos do spolnosti, ki omogoča spolne odnose po lastni želji. Nekaterim ženskam največ pomeni zaščita pred umetno prekinitvijo nosečnosti, medtem ko druge izpostavljajo občutek varnosti in brezskrbnosti, ki jo zagotavlja učinkovita kontracepcijska metoda. Izpostavljajo tudi pozitiven vpliv na kakovost spolnega življenja, saj omogoča, da spolni stik doživijo kot sproščeno in prijetno izkušnjo brez vsakodnevnega strahu ali nenehnega razmišljanja o zaščiti.

*Ta svoboda je velika, od sebe si odvisen, ne razmišljaš, kaj bo, ali bo partner zatajil ali ne, pa tudi ... če nimaš stalnega partnerja. To, kar sem prej rekla, je tudi 'komot' spolni odnos, so pozitivni učinki ... Je drugače pri tabletah, je 'fajn', ima dosti pozitivnega v tem čustvenem ali fizičnem smislu. (Damijana, 51)*

*Meni se zdi pravzaprav večji užitek pri seksu, da nimaš občutka, da se moraš ukvarjati s kondomi, večja sproščenost ... Nikoli ni bilo tako, da bi kdaj zanosila s kontracepcijo in zato sem ji zelo verjela. (Mira, 49)*

*Ja zdaj, sterilizacija, pomeni to, da res lahko seksam, kadar želim. Zaradi tega, ker sem tak človek, ki to zelo rada počnem. Ker prej sem zanosila, samo da je mimo letel, tako da imam pet otrok. (Ivanka, 41)*

Kot pozitivno lastnost ženske navajajo tudi urejen menstrualni ciklus ter možnost prestavljanja menstruacij, kar omogoča prilagajanje dopusta ali drugih aktivnosti. Uporabnice naravnih metod poudarjajo, da jim uporaba naravnih metod omogoča spoznavanje, sprejemanje in obvladovanje svojega telesa v povezavi s partnerjem. Zagovarjajo, da opazovanje lastnega telesa pripomore k boljšemu razumevanju notranjih občutkov. Na ta način se čutijo bolj povezane s partnerjem in posledično bolj ljubljene.

*Tako da mi je, iz neke meje v spolnosti, ki se gradi na dražljajih, se mi zdi, da mi ta spolnost, kakršna mi je zdaj dana, ali pa, kot sva jo izbrala, da se je res lepo razvila, da res povezuje, res dosežeš eno lepoto, se počutim ljubljena ali pa napolnjena ali kaj naj rečem. Tako, bi rekla. Čutim, da nisem nikoli zgrabljena, da bi me tako nekdo zgrabil in vzel, ampak zmeraj je tako, da sem tudi jaz za stvar. Čeprav moram kakšen večer počakati ali pa on, da se kdaj počakava, pa potem se dobiva. Metoda z malo čakanja je to, hrepenenja, enega po drugemu. (Elizabeta, 38)*



Nekaterim ženskam je kontracepcija pomembna predvsem zato, da preprečijo zanositev. Pri tem so posebej izpostavile pozitivne lastnosti kondoma: kot so enostavnost uporabe, odsotnost kemijskih učinkovin, dostopnost ter manjša potreba po načrtovanju spolnega odnosa. Uporabnice kondoma navajajo tudi večjo sproščenost med spolnostjo, pri čemer ena izpostavlja, da po spolnem odnosu ob uporabi kondoma nikoli ne pride do mokrih spodnjic.

Pri hormonski kontracepciji kot pozitiven učinek izpostavljajo enostavnost uporabe, pozitiven vpliv na telesno težo, redne menstrualne cikle, manj boleče menstruacije, izboljšanje kože pri aknah, večjo varnost ter možnost načrtovanja zaželenega otroka. Med prednostmi omenjajo tudi preprečevanje zunajmaternične nosečnosti ter dostopnost in široko razširjenost kontracepcije.

Nekatere ženske niso razmišljale o pomenu kontracepcije ali nimajo mnenja, medtem ko ena izpostavlja pozitiven učinek metode varnih dni, saj omogoča načrtovanje ponovne zanositve in nosečnosti, ki jo danes zaradi družbenih, poklicnih in socialnih okoliščin težko planira.

Občutki glede uporabe kontracepcije se razlikujejo glede na uporabljen metodo. Nekatere imajo slabe izkušnje z materničnim vložkom, druge s tabletami, zlasti zaradi skrbi, da ne bi redno jemale tablet. Pri uporabi tablet se je pojavljal večji strah pred spolno prenosljivimi okužbami, pri kondomu pa element nezaupanja do partnerja.

Občutki žensk glede kontracepcije se spreminjajo tudi glede na starost in življenjske okoliščine. Pri ženskah brez ustrezne finančne varnosti je strah pred neželjeno nosečnostjo in njenimi posledicami večji.

Različne metode kontracepcije zahtevajo različne načine kontrole: pri materničnem vložku se spremlja nitko, pri tabletah pa sistematično razvrščanje po dnevih.

Spreminjali so se tudi glede načina aplikacije kontraceptiva. Pri tem je bila za nekatere bolj moteča uporaba diafragme, druge pa so omenjale večje nezaupanje moškemu pri uporabi kondoma kot samemu kondomu. Iz zdravstvenih razlogov so morale nekatere ženske spremeniti obliko kontracepcije ter preiti z močnejših na blažje tablete, kljub temu da so se jim ob uporabi močnejših izboljšale težave s kožo in zmanjšala poraščenost. Ena izmed žensk navaja, da se je ob različnih metodah spreminjalo tudi njeno počutje. Nekatere udeleženke poudarjajo, da ima na občutek varnosti oziroma na psihološko sprejemanje kontracepcije pomemben vpliv tudi način uporabe kontraceptiva, ki je lahko za nekatere primernejši, za druge pa manj ustrezen. Ariella je v enem od življenjskih obdobj partnerja preprosto postavila pred dejstvo, da mora uporabljati kondom. Na podlagi navedenega lahko sklepamo, da ženske uporabo kontracepcije ter posamezne kontracepcijske metode doživljajo zelo različno. Vsaka ženska ima svoje subjektivne vzroke za sprejemanje oziroma zavračanje kontracepcije, kar lahko vodi tudi do spremembe izbrane metode.

Občutki glede posamezne metode kontracepcije so se spreminjali tudi na podlagi informacij, ki so jih prejemale od prijateljic. Če je na primer prijateljica zanosila kljub uporabi kontracepcijskih tablet, je bila to za drugo negativna informacija, zaradi katere se je tudi sama ob uporabi tablet počutila manj varno.

Nekatere ženske natančno opredelijo svoja občutja glede kontracepcije, medtem ko se druge s tem ne ukvarjajo in menijo, da se občutki ne spreminjajo glede na vrsto metode. Tako pogosto menijo tiste, ki pri uporabi kontracepcije niso imele slabih izkušenj in pri katerih doživljanje spolnosti ni bilo povezano z izbrano metodo. Te ženske nimajo težav s hormonskimi nihanji, zato jim uporaba hormonske

kontracepcije ne povzroča težav. Elizabeta meni, da se občutki bolj spreminjajo s starostjo kot z vrsto kontracepcije in da pri spolnosti ni ključna sama kontracepcija, temveč čustvena bližina partnerja.

### **Vplivi kontracepcije na spolni odnos**

Glede vpliva različnih kontracepcijskih metod na spolni odnos so se ženske opredeljevale zelo različno. V posameznih fazah spolnega odnosa se določen kontraceptiv lahko izkaže za motečega ali nemotečega; pri nekaterih ženskah je vpliv večji, pri drugih manjši, pri tretjih pa motnje sploh ni.

Številne udeleženke menijo, da kondom negativno vpliva na spolno vznburjenje predvsem zaradi njegovega natikanja, zaradi česar spolni odnos ni spontan. Nekatere ženske med spolnim odnosom poročajo o neprijetnem občutku ob uporabi kondoma, strahu, da bi ta ostal v nožnici, ter občutku ločenosti oziroma pregrade med njimi in partnerjem, zaradi česar niso povsem sproščene in ne doživljajo pristne intimnosti. Ena ženska omenja moteč vonj kondoma.

*Ja. Imam ... Kar se tiče kondoma, se mi je zdel najbolj moteč. Potem na drugem mestu bi takoj dala diafragma, ker je potem zraven bil spermicid, ki ga je bilo treba vbrizgati, ki nekako vmes. No, potem so tabletki. (Ivanka, 41)*

*Pa ne da bi ga zmanjšale, ampak kar se tiče kondoma ... Meni je kondom izredno neprijeten zaradi tega, ker imam občutek, da pada dol in me je strah, ali bo ostal v nožnici, kar sem že slišala, da se to zgodi ali da počni ... Neprijetno je zaradi tega, ne zaradi zmanjšanja spolne želje ali ne vem kaj. O tistih občutkih govorijo, da ni isto pa ni isto, pa ne vem kaj. Ne gre se za to. Gre se za tisto, da ni ravno prava zaščita in da gre nekaj narobe. (Mojca, 26)*

Polovica žensk meni, da uporaba kontracepcije ne vpliva na doživljanje vznburjenosti v spolnosti. Tri ženske menijo, da so neželeni učinki oziroma razlike v doživljanju vznburjenja, ki jih opažajo druge ženske, predvsem psihološke narave, medtem ko dve ženski poudarjata kompleksnost ženske seksualnosti.

*Ah, kaj pa vem. Ta stereotip kondoma, potem že podzavestno pride, po moje, ženskam v glavo. Kaj pa vem, jaz mislim, da ne vpliva. (Nina, 21)*

*Ja, ne vem. Mislim, da ... ali pa je samo tu, v glavi. V glavnem je boljše kot pa brez zaščite ... Ja. Saj mogoče zaradi tega je, ker si bolj sproščen, pa ne študiraš tega. (Urška, 29)*

Pri hormonski kontracepciji nekatere ženske navajajo, da se pojavljajo spremembe v fazi spolnega vznburjenja, kar povezujejo z zmanjšano spolno željo. Vlažnost nožnice je poleg psihološkega vznburjenja, ki je pri ženskah z višjo spolno željo intenzivnejše, odvisna tudi od ustrezne fizične stimulacije. Nekatere ugotavljajo, da pride ob uporabi tablet do zmanjšanja spolnega vznburjenja zaradi bolj suhe nožnice, kar podaljšuje čas, potreben za doseg primernega vznburjenja. Tri udeleženke omenjajo izgubo t. i. »spolnega potenciala«, s katerim označujejo zmanjšano spolno željo, tudi ob uporabi materničnega vložka, medtem ko druge menijo, da ta ne vpliva na vznburjenje.

*Ja, pri tabletkah je strašna razlika. Mislim, mi ni bilo do spolnosti sploh. Nožnica je bila absolutno bolj suha, to se spomnim, res mi ni ustrezalo. Ne, s kondomom je bilo drugače v redu, tako nisva imela nobenih težav ali pa ... (Ana, 36)*

Udeleženke izpostavljajo, da na spolno vznburjenje vpliva tudi partnerjeva nezmožnost pravilne uporabe kondoma, kar je pogosto posledica psihološke blokade.

*Pri kondomih je tako, da vzburjenja bolj ni, kot pa da bi bilo. Tudi ogromno fantov je takih, ki res, enostavno ne znajo uporabljati kondomov ... Mislim, imajo psihično takšno blokado, da jim sploh ne gre. Medtem, ko pri kontracepcijskih tabletah ni bilo pa nič kaj takega. Moram pa reči, da čez čas mogoče malenkost manj želje po spolnih odnosih. (Mija, 28)*

Nekatere udeleženke poročajo o zmanjšanju spolne želje ob uporabi materničnega vložka s hormonom, medtem ko druge zaznavajo boljše vzburjenje ali pa razliko ob hormonski kontracepciji občuti partner, same pa je ne zaznajo. Marija poudarja, da je kakovost vzburjenja v prvi vrsti odvisna od partnerskega odnosa, ne toliko od vrste hormonske kontracepcije; v primeru slabega partnerskega odnosa je bilo zanjo tudi spolno doživetje slabše.

*Ko sem bila v odnosu, mogoče mi je spolna sla malo padla. Sem razmišljala, da je to mogoče zaradi kontracepcijskih tablet. Čeprav ni bilo v partnerskem odnosu ravno vse v redu. Tako da mislim, da je bilo ravno to. (Marija, 25)*

Druge udeleženke menijo, da je vzburjenje bolj odvisno od situacije in partnerskega odnosa kot od vrste uporabljene kontracepcije.

Pri doživljanju orgazma v primerjavi s spolnim odnosom brez zaščite poudarjajo, da je ključnega pomena kakovost partnerskega odnosa, medtem ko oblika kontracepcije ni odločilna. Trinajst udeleženk je navedlo, da jim kontracepcija omogoča večjo sproščenost, saj zmanjšuje strah pred neželeno zanositvijo, kar pripomore k večjemu užitku in jim omogoča lažje doseganje orgazma. Ob tem velja tudi obratno: v primeru nezmožnosti uporabe kontracepcije se ženske pogosto počutijo nesproščene, kar zmanjšuje možnost doseganja orgazma.

*Moj občutek bi bil, da če ne bi imela zaščite, da pravzaprav bi bila sigurno malo pod pritiskom, da ne bi mogla biti sproščena čisto sto procentno ... Ne bi mogla uživati, tako kot bi hotela. (Mira, 49)*

*Jaz sem imela vedno malo nelagodja po vsakem odnosu, majhne zavore, sploh če sem bila tam nekje blizu nevarnih dni. Če je bil odnos, moram reči, da sem se velikokrat, tako da sem potem možu rekla: 'ja, a si siguren, a si siguren, a si sto procenten'. Celo dvakrat sem vzela urgentne tabletko, kar se spomnim, ker nisem bila sto procentna. (Ana, 36)*

Sterilizacija je za tiste, ki so se zanjo odločile, predstavljala najbolj sproščeno obliko spolnosti. Pri tej metodi ni potrebe po hormonski kontracepciji ali drugih pripomočkih, kar omogoča, da telo deluje sproščeno, zaradi česar sterilizacijo dojemajo kot osvobajajočo.

Ženske se zavedajo, da uporaba kontracepcije prispeva k večji sproščenosti med spolnimi odnosi, hkrati pa nekatere menijo, da je obdobje, ko uporaba kontracepcije ni bila potrebna, nudilo najboljšo izkušnjo.

Pri doživljanju orgazma nekatere ženske navajajo, da mehanske oblike zaščite, kot sta diafragma in kondom, zmanjšujejo intenzivnost spolnega užitka. Menijo, da je orgazem brez zaščite močnejši in lažje dosegljiv, medtem ko se ob uporabi kondoma število orgazmov zmanjša in so ti manj intenzivni. Ob tem verjamejo, da bi lahko bila ta razlika predvsem psihološke narave.

*S kondomom ... vedno je nekaj še vmes. Ne vem, meni se zdi, da vseeno ne doživljam tako, bi se reklo, zaporedne in tako, take, kako bi se izrazila, intenzivne orgazme, če s kondomom seksava. Tako da jih je manj, pri multiplih in tudi niso tako intenzivni. Jaz, ko jih začnem*

*doživljati, jih imam dostikrat tako, kar veliko zaporednih, kar dolgotrajno. Tudi šest, sedem ... Samo, če s kondomom je pa to že psihološko drugače. (Lija, 40)*

Dobra tretjina žensk meni, da uporaba kontracepcije ne vpliva na doživljanje orgazma. To pojasnjujejo z dejstvom, da med spolnim odnosom o njej ne razmišljajo. Nekaterim je vrsta kontracepcije nepomembna, saj se navadijo na kondom, druge navajajo, da hormonska kontracepcija spremeni spolno željo, vendar ne vpliva na sam orgazem. Poudarile so, da na orgazem močno vpliva njihovo trenutno razpoloženje. Navajajo, da je brez uporabe kontracepcije spolna želja večja, medtem ko ostajajo same izkušnje primerljive. Druge niso mogle odgovoriti, ker še nikoli niso imele spolnega odnosa brez kontracepcije. Pri tem je bil omenjen tudi prekinjen spolni odnos, ki lahko ovira možnosti za doseganje orgazma.

*Jaz mislim, da je bilo predvsem veliko v glavi ... Tako pa nisem opazila, da bi bila kakšna taka bistvena razlika. Ja, mene kondom ni čisto nič motil, če čisto tako rečem. Varne dneve, tisto ... prekinjen spolni odnos ... tisto je bilo malo bolj kritično. Takrat nismo bili ravno sproščeni. (Lojzka, 40)*

Nekatere ženske menijo, da so razlike odvisne od vrste kontracepcije, saj uporaba s kondomom zahteva več truda in energije.

#### **Pogled žensk na vlogo kontracepcije**

Večina intervjuvanih žensk se strinja, da je kontracepcija pripomogla k večjemu nadzoru žensk nad lastnim telesom in svobodni odločitvi glede rojstva otrok. Ženske lahko sedaj svobodno odločajo, kdaj bodo imele otroke, kar pripomore k njihovi neodvisnosti. Kontracepcija omogoča načrtovanje rojstev, zmanjšuje pogostost neželjenih nosečnosti in preprečuje njihove zdravstvene ter socialne posledice. Prav tako prispeva k zmanjšanju maternalne umrljivosti in omogoča ženskam, da uravnavajo in prilagajajo svoje življenje, vključujoč kariero, ter da otroke načrtujejo v skladu s svojimi željami. Za intervjuvane ženske to predstavlja ključen vidik nadzora nad lastnim življenjem.

*Ampak je kontracepcija tudi eden od dejavnikov, ki je pripomogel k ženski neodvisnosti ali pa k temu, da dejansko upravlja s svojim telesom in življenjem. (Arilena, 45)*

*Meni se zdi boljše, da je kontracepcija, kot da hodi ženska vsaka dva meseca na splav. (Ana Marija, 30)*

Čeprav se ženske strinjajo s trditvijo, da kontracepcija omogoča večji nadzor nad lastnim življenjem, se nekatere, tudi uporabnice naravnih metod, sprašujejo, ali je to res vedno pozitivno. Ana na primer meni, da kontracepcija preveč liberalizira žensko spolnost in da je v medijih preveč prisotna. Nekatere menijo, da lahko kontracepcija povzroča strah, da se bodo ženske v prihodnosti manj odločale za otroke, ker postaja vzgoja otrok vse zahtevnejša. Ena intervjuvanka pa ne verjame, da je kontracepcija karkoli spremenila.

*Da se je zelo liberaliziralo. Mogoče celo malo preveč liberaliziralo. Tako da sem bolj pristaš tega, bolje manj kot več. Tudi propagande jaz ne bi širila nekje že v osnovno šolo. No, jaz mislim, tretji letnik srednje, ko imajo tudi spolno prenosljive bolezni, se mi zdi čisto ustrezna starost, da jim še te stvari malo bolj podrobno razložiš. Nekje srednja šola. (Ana, 36)*

Med družbenimi učinki kontracepcije so ženske navedle povečano aktivnost in samozavest, nadzor nad lastnim telesom in spolnostjo, svobodno odločanje o uporabi kontracepcije, zmanjšanje števila

splavov, svobodo pri odločanju o prekinitvi neželene nosečnosti, zmanjšanje maternalne umrljivosti, možnost načrtovanja rojstev, izboljšanje kakovosti življenja ter večjo avtonomijo pri upravljanju s svojim telesom. Poleg tega so kot del družbenih dejavnikov omenile tudi medicinske koristi, na primer, da nekatere oblike kontracepcije poleg zaščite pred zanositvijo nudijo tudi zaščito pred spolno prenosljivimi okužbami, kar odraža širše spolno vedenje v družbi.

*Jaz sem pač tisti letnik, ko smo šli s kontracepcijo lahko tako po vrsti: faks, služba, stanovanje.* (Aleksandra, 39)

*Meni se zdi, mislim, da imaš čisto bolj drugače izpolnjeno življenje.* (Zora, 62)

Kot negativni dejavnik so navedle, da naj bi kontracepcija prispevala k pogostejšemu menjavanju spolnih partnerjev. Nekatere intervjuvanke so ob tem izrazile nasprotovanje liberalizacije spolnosti.

*Ne, ne, jaz mislim, da je to že zelo v redu za osveščenost ženske. Ampak, vsaka bi se morala pri sebi odločati in res jemati v svoj prid, ne pa zaradi tega, ker menjava spolne partnerje. Mislim, osveščenosti tu pri nas zelo manjka.* (Ariella, 35)

S trditvijo, da je kontracepcija omejena zgolj preprečevanju nosečnosti, se strinja samo nekaj žensk. Večina jih kontracepcijo uporablja z dvojim namenom za preprečevanje zanositve in zaradi svobode, ki jim jo omogoča. Pojme preprečevanja nosečnosti in svobode povezujejo z načrtovanjem in regulacijo družine ter preprečevanjem neželene nosečnosti in splavov. Sedemnajst žensk kontracepcijo dojema izključno kot sredstvo za preprečevanje zanositve in ne razmišlja o širšem potencialu, ki ga ta nudi.

## 4.5 Prekinjen spolni odnos

V intervjujih je bilo poznavanje in uporaba prekinjenega spolnega odnosa obravnavano po sklopih. Najprej je bila raziskana informiranost žensk o samem pojmu prekinjenega spolnega odnosa, sledila so vprašanja o njegovi uporabi in nato vprašanja o njegovem vplivu na spolno funkcijo.

### **(Ne)uporaba prekinjenega spolnega odnosa**

Med vsemi intervjuvanimi ženskami jih je 46 v določenem obdobju svojega aktivnega spolnega življenja uporabljalo prekinjen spolni odnos. Viri informacij o tej metodi so bili različni: 14 žensk je o metodi izvedelo od partnerja, 7 od vrstnikov, prijateljic ali sodelavk, 6 v šoli (nekateri v osnovni, drugi v srednji šoli), 3 iz knjig in literature, 2 iz medijev ali interneta, 2 od staršev, 1 pa se vira ne spomni.

Uporabnice prekinjenega spolnega odnosa so v določenem življenjskem obdobju svoje telo v celoti zaupale partnerju. Tiste, ki so za metodo izvedele od partnerja, so se mu pogosto podredile in metodo uporabile po njegovih navodilih, kar nakazuje na tradicionalno seksualno kulturo.

Od 35 žensk, intervjuvanih v prvem delu raziskave, ki so prekinjen spolni odnos uporabljale kot metodo kontracepcije, ga je 28 žensk znalo jasno definirati. Metoda je bila opredeljena kot preprečevanje vnosa semena v nožnico, prekinitve spolnega odnosa tik pred ejakulacijo, izstop partnerja »eno postajo« pred ejakulacijo ter ejakulacija izven ženskega telesa. Šest žensk se je metode spomnilo po dodatnem pojasnilu. Večina uporabnic je dodatne informacije o metodi pridobila šele po njeni uporabi.

*Z moškimi, s katerimi sem imela spolne odnose, sem se o tem pogovarjala. So vsi bili čisto zagovorniki tega, da to je super stvar. Potem pa ... je ena prijateljica ravno na tak način zanosila. (Mija, 28)*

Med neuporabnicami metode so za prekinjen spolni odnos slišale že vse. Za metodo so izvedele iz knjig in literature, v šoli, iz filmov, od partnerja, od vrstnikov in od uporabnic naravnih metod. Ena od neuporabnic je kasneje o metodi izvedela na tečaju, ki ga je cerkev organizirala za zakonce, kjer je bila metoda predstavljena kot manjvredna.

Petnajst žensk je v času intervjuja redno uporabljalo prekinjen spolni odnos kot obliko kontracepcije; med njimi so bile nekatere redne uporabnice, druge pa občasne. Ena ženska ga redno uporablja za spolno igro ob drugih oblikah kontracepcije, kot so tablete in kondom. Trinajst žensk je metodo redno uporabljalo v preteklosti, večina na začetku svoje spolne aktivnosti. Nekatere od tistih, ki ga sedaj uporabljajo redno, so ga v preteklosti uporabljale le občasno, ker drugih možnosti kontracepcij ni bilo na voljo.

Osemindvajset žensk je metodo uporabljalo občasno ali jo je uporabilo zgolj naključno, kot rešitev v situacijah, ko druge oblike niso bile dostopne.

*Pač poskusila sva. Ali bova kondome ali tako? Se je hitro izkazalo, da to ni v redu. (Aleksandra, 39)*

Šestnajst žensk je metodo uporabljalo na podlagi zavestne odločitve in ne zaradi pomanjkanja alternativnih možnosti kontracepcije.

*Druga možnost bi se vedno našla. Tudi po kondome bi lahko šli, ampak nikoli nismo šli, ker smo rajši se na to zanašali. (Urška, 29)*

Ena izmed intervjuvank ni znala pojasniti razlogov za uporabo, saj se je za metodo med spolnim odnosom samostojno odločil partner. Ena izmed žensk, ki je metodo uporabljala v času intervjuja, se je zanjo odločila v obdobju pred poroko, pri čemer ji morebitna zanositev ni predstavljala pomembnega dejavnika.

Ženske, ki prekinjenega spolnega odnosa niso nikoli uporabljale, so svojo odločitev utemeljevale s prepričanjem, da metoda ni dovolj zanesljiva, varna ali učinkovita. Nekatere so svojo zadržanost dodatno povezovale z negativnimi izkušnjami z neželeno nosečnostjo v preteklosti, zaradi česar niso bile pripravljene tvegati.

*Ker sem res resno gledala, potem ko sem zanosila. Mlada rodila, pa sama ostala. Da sem bila 'taužent' procentov zaščiten, res. Zato mi je nekako ... to tuje? (Miša, 46)*

Ena izmed intervjuvank je prekinitev spolnega odnosa dojemala kot del spolne igre in ne kot obliko kontracepcije. Večina žensk navaja, da jim te metode ginekologi niso priporočali, kar povezujejo z njihovim strokovnim stališčem, da je metoda nezadostno zanesljiva in zato ne sodi med ustrezne kontracepcijske prakse. Ob tem poudarjajo, da same o tej temi z ginekologi večinoma niso razpravljale oziroma jih o njej niso posebej spraševale.

*Ginekologi pa ne. Je pa prerizično ... Točno vedo, da je prenevarno, da bi to svetovali. ... rečejo sicer, da lahko, samo ni varna zadeva. Ni pa noben govoril o procentih, da tako rečem. (Lojzka, 40)*

*Ne, ne, ne, ne ... tukaj pa, mislim, da je celo bolj tako, da opominjajo, da to ni. Da to ne spada pod kontracepcijo. (Lara, 39)*

Tri intervjuvanke so se medtem spomnile, da jim je prekinjen odnos svetoval ginekolog. V enem primeru je ginekologinja metodo priporočila, v drugem je bila svetovana po porodu, v tretjem pa kot rešitev v situaciji, ko s partnerjem nista želela uporabljati drugih oblik kontracepcije.

*Ona je celo rekla enkrat: 'Naj v ... izstopi, namesto v ...' Je, tako lepo. Ja, je rekla, naj tam izstopi. Ker sem bila tako presenečena, ker ona bi mi lahko bila tudi mama. (Petra, 55)*

Od 46 žensk, ki so prekinjen spolni odnos uporabljale redno ali občasno, jih je 9 ob metodi zanosilo. Ena izmed njih je hkrati uporabljala še metodo varnih dni, pri čemer se je v času domnevne ovulacije spolnim odnosom izogibala. Druga je neuspeh pripisala neredni oziroma nedosledni uporabi metode.

### **Vpliv spolnega partnerja na uporabo prekinjenega spolnega odnosa**

Medtem ko je 14 žensk za metodo izvedelo od spolnega partnerja uporabilo in jo tudi prakticiralo, jih je 9 navedlo, da je odločitev o uporabi sprejel partner. To nakazuje na povezavo med uporabo prekinjenega spolnega odnosa in elementi tradicionalne seksualne kulture.

*Ja, partner, ker jaz sem bolj pristaš nekih varnih metod. Ampak, potem pač sem toliko zaupala, da ne bo, pač ta ... No, prepričal me je, kaj naj rečem. (Mija, 28)*

*Partner. Mislim, on me je prav prepričal, da je to OK. Da je varno. (Cvetka, 38)*

Ena izmed žensk je partnerja prepričala v uporabo prekinjenega spolnega odnosa tako, da je spolni odnos v primerih, ko nista imela kondoma, pogojevala s to metodo. Druga ga je uporabila na podlagi priporočila ginekologinje, tretja pa zaradi neprenašanja drugih oblik kontracepcije. Preostale ženske, ki so se za uporabo prekinjenega spolnega odnosa odločile skupaj s partnerjem, razloga za uporabo te metode večinoma niso znale navesti. Predvidevajo, da so metodo dojemale kot varno in naravno ter da niso želele uporabljati drugih oblik kontracepcije, pri čemer je imelo pomembno vlogo zaupanje v partnerja.

### **Vpliv prekinjenega spolnega odnosa na spolnost**

Večina žensk, ki je metodo kdaj uporabila, meni, da obstaja razlika med spolnim odnosom brez prekinitve in s prekinitvijo, pri čemer slednjega ocenjujejo kot manj zadovoljivega. Kot enega ključnih vidikov izpostavljajo motnjo občutka telesne in čustvene združitve s partnerjem, saj spolni odnos doživljajo kot nezaključen. Opozarjajo tudi na odsotnost skupnega doživljanja orgazma, telesne združitve po orgazmu in posledično manjšo stopnjo vzajemnega zadovoljstva. Menijo, da gre pri tem za zmanjšanje spolnega užitka, kar se kaže v motenem doživljanju orgazma, splošno nižji ravni užitka, redkejšem ali odsotnem doživljanju orgazma, slabši intenziteti orgazma in kakovosti spolnega odnosa ter prekinitvi odnosa v trenutku najvišjega vzburjenja.

Pomemben dejavnik predstavlja tudi strah pred zanositvijo, ki ga opisujejo kot skrb, da partner ne bo upošteval dogovora, ter kot stalno prisoten, pogosto podzavesten občutek negotovosti. Kot dodatno motnjo navajajo nesproščenost med spolnim odnosom, ki se kaže v povečani zbranosti in nadzoru nad potekom odnosa ter v zmanjšani sproščenosti.

Takšno obliko spolnega odnosa povezujejo tudi z motnjami v partnerskem odnosu, kot so subjektivni občutek pregrade med partnerjema ter doživljanje spolnega odnosa kot nezaključenega. Ob tem

izpostavljajo povečan psihični napor, ki se ne pojavlja le med samim spolnim odnosom, temveč tudi po njem, zlasti v obdobju pričakovanja menstruacije. Hkrati navajajo, da prekinjen spolni odnos ne zadovoljuje potrebe po čustveni bližini, saj se z večjo intimnostjo v odnosu povečuje tudi želja po spolnem odnosu brez prekinitve. Nekatere so tovrstno izkušnjo opisale kot bolj tehnično oziroma izvedbeno, ne pa kot polnovreden spolni odnos. Ena izmed intervjuvank je ob tem izrazila tudi skrb za partnerjevo spolno izkušnjo, saj meni, da takšna oblika spolnega odnosa ne ustreza niti moškemu.

*Ne, saj lahko jaz prej pridem do orgazma, pa potem ... ampak dejansko je odnos prekinjen ... ni zaključen, ker moje doživljanje spolnega odnosa je pač vse tisto crkljanje prej in potem, in če partnerja ostaneta združena, povezana telesno tudi po odnosu, je za mene to tudi del spolnega odnosa in del spolnosti. Tako da je to dejansko prekinitev odnosa v nekem trenutku. (Arilena, 45)*

*Ja, takrat, ko je bilo meni najlepše, je šel pa ven. Ja, takrat je pač motnja v doživljanju orgazma. (Ivanka, 41)*

*Slabše, zato ker si v strahu, da se partner ne bo držal dogovora. Jaz mislim, da moraš partnerju prvo zaupati in če vidiš, da se ali z besedami ali pa z dejanji ne drži dogovora, vsaj tako kot sem jaz pri svojem rednem partnerju doživela. Jaz vem, da takrat me je prav panika zgrabila. Čista panika. (Lojzka, 40)*

*Psihično zelo naporno, za mene zelo. Pa ne samo takrat v tistem trenutku, ko se izvaja spolni odnos, ampak tudi kasneje. Ker potem enostavno čakaš menstruacijo. Čakaš, čakaš, delaš teste – res, zelo, zelo, zelo naporno. (Mija, 28)*

*V bistvu, če primerjam zdaj, ali pa takrat, se mi zdi, da je bilo tisto bolj kakšna telovadba kot spolni odnos. Mislim, jaz če zdaj pomislim, da sem bila malo starejša, kakor je moja hčerka zdaj, mi hoče biti slabo, da pomislim, da bi ona zdaj že imela odnose s kom. Pač, nevedna sem bila, mlada takrat.*

*(Zakaj se vam je zdelo bolj kot telovadba, ker ste bili neizkušeni?)*

*Ja. In zato, ker pač tisto se ne more primerjati v bistvu z odnosom, ker takrat niti nisi ... Mislim, punce se spustijo v to takrat zaradi vsega drugega kakor zaradi užitkov. (Cvetka, 38)*

*Ja, odvisno v katerem obdobju. V obdobju na začetku, ko recimo, uporabljaš to metodo, te celo bolj zadovolji kot tista, da bi šli do konca. Zato ker ne zaupaš še človeku, nisi še sam v sebe prepričan, da je to res, kar si želiš. Tako da je tisto, kar olajšanje oziroma lažje uporabljaš to metodo. Medtem ko kasneje pa obratno, ko človeka sprejmeš, ko veš, da si želiš otroka, če do tega pride. Odnos je bolj globok in ta metoda postane nenavadna. Se ti pa zdi, da se s tem odtujaš ... Tako. (Lara, 39)*

Ob tem je 15 žensk menilo, da prekinitev spolnega odnosa ne vpliva na njihovo spolnost in da med spolnim odnosom ni razlike. Dve izmed njih verjameta, da bi bila razlika morda zaznana za partnerja. Intervjuvana je bila tudi ženska z izrazitim strahom pred zanositvijo, ki poleg uporabe tablet in kondoma od partnerja zahteva uporabo prekinjenega spolnega odnosa; takšen spolni odnos je zanjo najboljši.

Ena od intervjuvank je poročala, da s partnerjem redno uporabljata prekinjen spolni odnos, zaradi česar partner ne more več spontano ejakulirati v njeno nožnico.



Samo pet žensk meni, da je spolni odnos enak ob hormonski kontracepciji kot ob prekinjenem spolnem odnosu. Prekinjen spolni odnos je, po mnenju ene ženske, boljši kot diafragma. Ena izmed udeleženk je zaključila, da pri prekinjenem spolnem odnosu ključni poudarek ni na sami prekinitvi, temveč na odnosu s partnerjem, obliki in načinu spolnega odnosa ter njegovi celostni izvedbi. Druga meni, da brez kontracepcije je užitek večji, čeprav je ob tem prisoten strah pred zanositvijo.

Skupno 29 intervjuvanih žensk je navedlo, da so ob prekinjenem spolnem odnosu občutile strah pred zanositvijo, medtem ko sta le dve udeleženci poudarili, da tega strahu nista občutili.

*Ja, v bistvu strah, da bo prepozno ven vzela. (Julija, 24)*

Ženske, ki so se v intervjuju opredelile glede sproščenosti, so navedle, da je ta večja ob uporabi drugih oblik kontracepcije. Pri tem so izpostavile predvsem večje zaupanje v varnejše metode kontracepcije ter v metode, ki jih uporabljajo same, saj jim to omogoča nadzor nad telesom in kontracepcijo.

Ženske so se opredeljevale tudi glede spolne želje ob uporabi prekinjenega spolnega odnosa. Petnajst oseb meni, da metoda ne vpliva na spolno željo pri čemer so poudarile, da je večji problem nesproščenost in napetost v spolnosti, kar lahko vodi do konfliktov v odnosu. Štirinajst žensk je poročalo o zmanjšani spolni želji zaradi skrbi pred morebitno zanositvijo. Dve ženski pa sta izpostavili, da jima takšen spolni odnos poveča spolno željo, saj nista bili popolnoma zadovoljeni in bi si želeli spolni odnos nadaljevati.

*Ne, želja se ne zmanjša, ampak bi še potem, bi še potem. Bi še. (Damijana, 51)*

Nekatere se glede prekinjenega spolnega odnosa in želje po spolnosti niso mogle opredeliti iz različnih razlogov: zaradi kratkega obdobja uporabe, zaradi redkosti uporabe, zaradi vseživljenjske nizke spolne želje ali pa zato, ker ob takratni uporabi prekinjenega spolnega odnosa še niso doživljale spolnosti na način, kot jo doživljajo zdaj.

*Se mi zdi, da je vse skupaj prekratko. Prekratek, ja. (Jasna, 51)*

Andreja je navedla, da ima njen partner ob upadu njene spolne želje občutek, da ga vara.

*Ob padcu želje ima partner občutek, da imam drugega. Sploh sva imela res krizo. Eno obdobje v tistem, ko sva bila še oba tako tam okrog 30, 40 let. Potem ljubosumje ali imaš pa drugega zdaj, če z mano nočeš. Vse je bilo na to vezano, ja. Mislím, strah me je bilo, drugo pa, enostavno mi ni bilo. (Andreja, 50)*

Prekinjeno vzburjenje oziroma motnjo vzburjenja med spolnim odnosom smo v raziskavi opredelili kot umik penisa iz nožnice med doživljanjem užitka. Med spolnim odnosom je 18 udeleženk navedlo, da so si v trenutkih uživanja želele, da partner penisa ne bi umaknil iz nožnice.

*Zmeraj tisti efekt potem, ko je bila nervoza, pred zanositvijo hujša, in potem v ključnem momentu se vklopi zavora in potem si misliš, da bi bilo boljše, če mogoče sploh ne bi. (Arilena, 45)*

Nekatere so si le občasno zaželele, da partner ne bi prekinil spolnega odnosa. To se je običajno pojavilo v obdobju plodnih dni, ko je bil njihov strah pred zanositvijo tako izrazit, da so si kljub užitku želele prekinitve odnosa, da bi se izognile morebitni zanositvi. Nekaterim je bilo popolnoma vseeno, ker so se preprosto prepustile toku dogodkov in užitku. Eni izmed udeleženk pa je bila prekinitev všeč, ker ne mara sperme v nožnici.

*Ma, sploh ne razmišljam jaz tistikrat, ko se meni odpili. Ne, sploh ne razmišljam. (Lija, 40)*

*Meni pa je sigurno všeč že zato, ker sama ne maram občutka sperme v moji nožnici.. (Laura, 26)*

Medtem ko si nekatere ženske niso želele nadaljevanja spolnega odnosa zaradi strahu pred zanositvijo, so druge zgolj čakale, da partner čim prej zaključi spolni odnos. Pri nekaterih ženskah strah, da mu ne bo uspelo pravočasno umakniti penisa, ni bil močnejši od želje po užitku, kar so utemeljevale z zaupanjem v partnerja in prepričanjem, da prepozna pravi trenutek za umik.

*Ja, zato ker jaz sem, če ni bilo zaščite, jaz sem ves čas čakala, da bo on 'fertig', ne da bom jaz doživela ... Velikokrat sem tudi rekla: 'Daj, no, daj pazi.' Tako da mi je že na živce šlo. In, če sva se skregala, sva se velikokrat samo zaradi tega. Jaz sem bila zelo, kar se tega tiče, zadržana. (Andreja, 50)*

Ženske so se večinoma strinjale, da ima umika penisa iz vagine pred ejakulacijo določene posledice, ki pa so odvisne od partnerjeve sposobnosti, da zna žensko zadovoljiti tudi drugače. Navajale so zmanjšanje spolnega užitka, saj bi jim v tistem trenutku draženje veliko bolj ustrezalo.

Njihove izjave kažejo, da so nekatere menile, da prekinitiv ni imela posledic, druge so poudarjale, da jim je bila preprečitev zanositve pomembnejša od lastnega užitka. Nekatere so zaznale razlike, vendar ne tako bistvenih, da bi vplivale na njihovo spolnost, medtem ko so druge izpostavile, da zaradi prekinitve tudi kasneje niso mogle doseči orgazma. Skupno jih je 15 ocenilo, da je prekinitiv zmanjšala njihov spolni užitek, zaradi česar so orgazem doživele redkeje, ta pa je bil manj intenziven, nepopoln in pogosto tudi ne sočasen s partnerjevim. Zmotilo jih je, da so bili moški v tistem trenutku bolj nervozni in živčni. Šlo je za neke vrste nesproščenost, tudi, ko se je partner po prekinitvi še dodatno posvetil telesni pozornosti do ženske.

*Mislim, ja, orgazem lahko doživim, ne, samo če je spolni odnos brez prekinitve, jih lahko doživim pa še več, pa še tudi potem oziroma je tisti občutek, ki mene zelo izpolnjuje, tisti občutek povezave po spolnem odnosu. (Arilena, 45)*

*Ne. Je razlika. V moji izkušnji je razlika. (Ivanka, 41)*

*Prekinjen spolni odnos, ker sem pazila, da ne bi prišlo do izliva ... je on včasih prej končal kot jaz, velikokrat je bilo tako, da pri meni ni bilo orgazma. Včasih sem ga 'shlinila', samo da je bil mir. Velikokrat in zaradi tega ... (Andreja, 50)*

Glede pomembnosti užitka so uporabnice prekinjenega spolnega odnosa večinoma navedle, da je užitek pomemben, pri čemer poudarjajo, da mora biti tak tudi za partnerja. Ob tem so izpostavile pomembnost užitka, ki pa ni nujen za doseganje orgazma. Ženske iz prvega dela raziskave verjamejo, da je užitek pomemben, imajo pa občutek, da druge ženske ne menijo enako.

*Seveda je pomemben. Ja, veliko žensk tako misli, da ni. (Jasna, 51)*

Nekaterim ženskam je glede užitka vseeno; navajajo, da je ta včasih prisoten, drugič ne, vendar mu ne pripisujejo večjega pomena.

Tudi med neuporabnicami prekinjenega spolnega odnosa ženske verjamejo, da je užitek pomemben, hkrati pa imajo občutek, da druge ženske ne mislijo tako. V odnosu do užitka se je v drugem delu raziskave pokazala razlika: večina žensk, tako uporabnic kot neuporabnic prekinjenega spolnega

odnosa (z izjemo ene), je menila, da je užitek pomemben. Ob tem nobena ni izrazila pomisleka, da druge ženske ne mislijo enako. Ena izmed udeleženk je izpostavila, da užitek prispeva k splošnemu zadovoljstvu in samozavesti v spolnem življenju. Nekatere ženske v raziskavi pojasnijo, da je užitek pomemben za oba partnerja, pri čemer so utemeljevale, da sicer ne bi bilo smiselno vstopati v spolni odnos oziroma spolnost.

*Je. Jaz vem, da se recimo, počutim drugače ... Takrat, če pride do vrhunca hkrati ali pa približno, je čisto drugačen 'feeling', kot pa drugače, če do tega ne pride. Se mi zdi, da ... jaz tudi sama sebe vidim, kako različno doživljam te stvari. (Sara, 36)*

Tretjina žensk, ki uporabljajo prekinjen spolni odnos trdi, da je doživljanje orgazma enako kot takrat v primerih, ko te metode ne uporabijo. To utemeljujejo z različnimi dejavniki: poudarjajo, da je doživljanje orgazma predvsem odvisno od partnerja; da orgazem sicer lahko dosežejo, vendar ob ne uporabi te metode ga večkrat zapored; da orgazem ni nujen pogoj za kakovosten spolni odnos; ter da je orgazem bolj pogojen z drugimi dejavniki, kot so utrujenost, pripravljenost za spolni odnos, razpoloženje, kakovost partnerskega odnosa in morebitni konflikti, kot pa s samo prekinitvijo spolnega odnosa.

Orgazma med prekinitvijo spolnega odnosa ni doživelo 23 žensk. Nekatere so sicer poročale, da so imele občutek bližajočega se orgazma, vendar do njega zaradi prekinitve ni prišlo. Razloge za to so utemeljevale z nesproščenostjo, z uporabo manj zanesljive oblike kontracepcije ter z zavedanjem, da niso ustrezno zaščitene, kar zmanjšuje možnost uživanja in doseganja orgazma.

Na koncu velja omeniti še mnenje ene izmed udeleženk, ki meni, da so se pri njenem partnerju težave v spolnosti pojavile prav v povezavi z uporabo prekinjenega spolnega odnosa.

## 4.6 Spolne prakse

Na spolno vedenje in spolne prakse poleg družinske vzgoje vplivajo tudi širše družbene institucije. Skozi vzgojo pridobimo stališča in prepričanja, ki oblikujejo naše vrednote, od katerih so odvisne spolne prakse. V naslednjem poglavju se osredotočam na vpliv socializacije na intervjuvanke ter posredno na njihovo spolno vedenje in spolne prakse znotraj njihove seksualne kulture.

### Vpliv socializacije na spolnost

Ženske se v različni meri zavedajo vpliva cerkve, katoliške vzgoje, staršev, vrstnikov in medicine na svojo spolnost. Ti vplivi se med posameznicami razlikujejo tako glede na vir vpliva kot tudi glede na njegovo intenzivnost in trajanje.

Intervjuvanke so opisovale vpliv cerkve in materine katoliške vzgoje, ki je bil različno dolg in intenziven. Miri je medicinska stroka oziroma ginekologinja pomagala preseči vplive vzgoje in cerkve, tako da ti niso več omejevali njenega doživljanja spolnosti. Na drugi strani so udeleženke, ki še naprej sledijo cerkvenim naukom in do kontracepcije zavzemajo izrazito religiozen pristop. Te menijo, da kontracepcija spodbuja »promiskuiteto«, ter vpliv cerkve dojemajo kot pozitiven dejavnik svoje spolnosti. Nekatere zaradi teh prepričanj niso imele predporočnih spolnih odnosov. Ivanka takšnega vedenja od svojih otrok ne pričakuje; kljub njihovi katoliški vzgoji podpira spolno aktivnost pred poroko,

kar utemeljuje s spremenjenimi družbenimi normami in sodobnejšim pogledom na spolnost. Vpliv cerkve in vzgoje je pri nekaterih udeleženkah vzbujal občutek, da počnejo nekaj prepovedanega.

*To se pravi, bolj mi je mama o tem govorila. Pa tako zavrta in tako zafrustrirana kot je bila, obupno. Meni je zelo veliko občutka krivde nabila. Pa cerkev. Ker v tistih časih, se mi zdi, da sem jaz posrkala to, da spolnost ne sme biti za užitek, ampak za to, da so otroci. Jaz sem imela pravzaprav v glavi, noro, ko sem bila zelo mlada, da pravzaprav bi pa moral človek trpeti pri spolnosti. To je bila izpeljava v moji glavi, v tistem času ... Tako direktno ni nihče rekel, ampak to sem jaz tako razumela. (Damijana, 51)*

*Se mi zdi, da najbolj to versko. Čeprav, to je bilo pri nas doma tako, kakor biti Slovenec, je biti katolik. To se pravi, nekaj, kar je način življenja in je način razmišljanja, ampak to sem jaz tudi sama vzela za svoje. To ni tako da bi zdaj rekla, to mi je pa vsiljeno. To sem sama vzela za svoje in je vplivalo predvsem na to predporočno ... spolnost. (Ivanka, 41)*

*Da je človek bolj zadržan ... v bistvu nekako zmeraj greš s strahom v spolni odnos. Mislim, s strahom, tako no ... da ne bi prišlo do nezaželene zanositve. Tako, no ja, da je to še malo prepovedano. Na ta način. (Julija, 24)*

*Vplivalo je toliko, da sem počakala s spolnostjo. Da sem počakala, kar se je pač dalo počakati, hormonsko in tako. Toliko sem zelo hvaležna tej krščanski vzgoji, da mi to ni bilo kar samo po sebi samoumevno. Da sem imela eno spoštovanje – pravzaprav do spolnosti. Da sem vedno rekla, ko sem bila še tako, mladinka, 'glih vsak me pa ne bo dobu'. Tako, na en tak način sem gledala na spolnost, pa mi ni žal. (Ana, 36)*

V drugem delu raziskave je le ena udeleženka opredelila vpliv cerkve na svojo spolnost, medtem ko so vse preostale zanikale vpliv institucij ter pojasnile, da so svojo spolnost že od začetka raziskovale same.

Mnoge udeleženke so menile, da je na njihovo razumevanje spolnosti ključno vplivala mati, nekatere pa so poudarile tudi kasnejši vpliv partnerja. Iz materinih razlag so nekatere veliko izvedele o spolnosti, medtem ko so druge prejele sporočilo, da je spolnost tabu tema. Takšno sporočilo so jim matere posredovale posredno, z molčečnostjo. Nekatere so spolnost poskušale celo očrniti oziroma jo opredeliti kot nekaj slabega.

*Če povem čisto tako traparijo, ko sem zmeraj rekla: 'Samo dvakrat bom, da bom imela dva otroka, pa nikoli več.' Ker se mi je vse tako 'gravžalo', ker so me tako vzgajili. V bistvu sem jaz imela skozi tisto v sebi: 'Pa ne boš prvič s fantom šla, boš pa že takoj zanosila.' Nekako tako so me vzgajili. Na primer, ko sem povedala za tablete, da sem se prijavila h ginekologu in da bom šla po tablete, pa mi je mama rekla: 'Kaj pa to mene briga! Zdaj je pa to vajina stvar. Zdaj moraš pa vedeti, moški si tako večkrat želijo seksa, pa te bo glava bolela, pa to tiste dneve, pa te fore, tralala, pa boš zmeraj mogla, če bo on hotel'. (Barbara, 44)*

Pozitivne informacije s strani mater so se nanašale predvsem na potrebo po zaščiti, da ne bi prišlo do neželene nosečnosti.

Nekatere udeleženke so informacije o spolnosti pridobile prek zgodb, na primer ob opisu življenjskega sloga matere, ki je zelo zgodaj zanosila in rodila otroke, ali ob poslušanju zgodb o ženskah z več partnerji in otroki, ter prek osebnih izkušenj, vključno z izkušnjami spolnih zlorab v otroštvu. Ena izmed udeleženk se je spominjala zaklepanja staršev v spalnico, kar je bil edini spomin iz otroštva glede

spolnosti. Druga udeleženka je opisala negativno izkušnjo, saj je samozadovoljevanje povezovala z občutkom, da gre za nekaj, kar je njena mati označevala kot "grdo". Trajalo je precej časa, da je to sprejela kot del svoje spolnosti.

*Samozadovoljevanje sem jaz odkrila v osnovni šoli, pa od začetka sploh nisem vedela, da je to samozadovoljevanje. Samozadovoljevala sem se in mami se je to zdelo grdo, ampak oče me ni zalotil. Vedno je bil to samo en in isti položaj in je bilo zraven samo stokanje, ampak sem bila potem vedno pri tem v zadregi. In je trajalo, da sem si prišla sama pri sebi na čisto, da to ni nič takšnega, in da je samozadovoljevanje en del spolnosti, da to ni nič slabega. Ampak, to je treba kar veliko 'poštimit' v glavi, da preideš preko tega. (Lojzka, 40)*

Za druge je glavni vpliv na njihovo spolnost prihajal od vrstnikov. Od njih so izvedele ključne informacije, pogosto tudi v šolskem okolju, in to predvsem o stvareh, ki jih doma niso upale vprašati. Med intervjuvankami so tudi tiste, ki so poročale, da je bila spolnost povsod tabu – doma, v cerkvi – in da je bilo tudi v šoli premalo spolne vzgoje.

Najpogosteje je bil omenjen vpliv materine katoliške vzgoje, predvsem sporočilo, da pred poroko ne sme biti spolnih odnosov, oziroma celovita katoliška vzgoja doma in v cerkvi. Zaradi tega so matere pogosto nasprotovale spolnosti. Tudi tiste, ki so doma govorile o spolnosti in zaščititi, so včasih videle spolnost kot nekaj slabega. Nekatere, kot na primer Nina, so bile vzgojene, da morajo ves čas paziti na svoj ugled v spolnosti.

*Mogoče sem bila vedno na začetku bolj previdna, pa sem bolj platonsko vodila, ker že tako so me vzgajali, da veliko partnerjev ni dobro imeti že iz zdravstvenega stanja, zaradi ugleda, zaradi vsega, ker se ne spodobi za žensko. Tako da, ja. Na začetku sem vedno bolj previdna, potem pa vidim, kam pelje. (Nina, 21)*

S strogo krščansko vzgojo je odraščala tudi Maja, katere mati jo je ves čas svarila, da mora paziti, s kom se druži in celo s kom gre na kavico.

Nekatere ženske se vpliva okolice na svojo spolnost ne zavedajo, medtem ko se ga druge povsem zavedajo. Redke pa povedo, da so že takoj na začetku dobile informacije o zaščiti in o pomembnosti uživanja v spolnosti za oba partnerja; da spolnost ne sme biti enostranska in da je nekaj pozitivnega. Lili je te informacije predala njena mati. Udeleženke so še poudarile, da so zgodnje izkušnje in odprtost družinskih pogovorov o spolnosti pomembno vplivale na njihovo razumevanje spolnosti. Posameznice še danes muči vloga cerkve, zlasti po izpostavljenosti nestrokovnemu in dogmatičnemu filmu o splavu. Družina je od njih zahtevala vzdržnost, pri čemer se udeleženke zavedajo vpliva cerkve, šole in družine na njihovo spolno vedenje.

Tanjo trenutno najbolj moti, da ji družba prek medijev vsiljuje pogled na spolni odnos in seksualnost ter meni, da imajo mediji danes največji vpliv na spolnost.

*Ja, še vedno se mi zdi, da vplivajo s temi pričakovanji, kaj bi moral izpolniti ... Katera pričakovanja partnerja, svoja pričakovanja, katere želje naj bi imel, da moraš stalno nekaj varirati in podobno. Sploh se mi ne zdi, da je to res. Sicer pomisliš, kako smo dolgočasni, ampak potem v drugi fazi vidiš, da dejansko spolnost ni tisto, kar opisujejo mediji, no, kar vidimo v filmih, ki so stalno polni močnih čustev ... ne čustev, nekih vzburjenj. Spolnost postane nekaj bolj umirjenega. Včasih si se obremenjeval, če nisi zadovoljil pričakovanj in želja partnerja. No, to. Tako me je obremenjevalo, da ne izpolnujem partnerja, ampak ne*

*glede njegovih kriterijev, ampak glede na kriterije, ki mi jih zastavlja družba preko medijev. Recimo, tam vidiš v pol ure, ne vem, dvajset poz, mi pa vedno prakticiramo več ali manj ene in iste. Pa si mislim, ali sem jaz tako dolgočasna, ker ne priporočam, da bi kaj se spremenilo.*  
(Tanja, 26)

Večina žensk meni, da institucije danes nimajo več pomembnega vpliva na njihovo spolnost. Nekatere menijo, da se ta vpliv zmanjšuje oziroma jih vpliv institucij in medijev ne prizadene več. Ivanka sicer zanika, da bi imela cerkev še vpliv na njeno spolno življenje, vendar se hkrati zaveda, da se ta vpliv še vedno odraža v njenem odnosu do splava.

Številne ženske se zavedajo svojih ponotranjenih prepričanj, pojmovanj in vrednot, ki še vedno usmerjajo njihovo življenje in spolnost. Zavedajo se vpliva okolja in institucij, vendar menijo, da ta s časom slabi in ostaja omejen. Izkazalo se je, da v današnjem času na žensko spolnost močno vplivajo mediji, pri čemer ženske ta vpliv pogosto dojemajo kot agresiven.

### **Koitalni imperativ in patologizirana spolnost**

Glede na to, da v družbi vaginalni spolni odnos pogosto velja za edini »pravi« spolni odnos, se vse ostale oblike spolnosti patologizirajo.

Večini intervjuvank se kot nenaravni in nesprejemljivi obliki spolnosti zdita pedofilija in zoofilija, pri čemer izpostavljajo neenakovrednost partnerjev in odsotnost obojestranskega privoljenja, zaradi česar takšne odnose umeščajo v okvir nasilja. Nekatere poleg teh oblik drugih spolnih praks ne obsojajo ter jih razumejo kot običajne oziroma »normalne«. Odgovori žensk glede sprejemanja različnih oblik spolnosti so bili raznoliki: ena izmed intervjuvank meni, da nobena oblika spolnosti ni nenaravna ali nenormalna, čeprav so ji nekatere tuje. Pogosto poudarjajo, da je sprejemljivo tisto, kar ustreza obema partnerjema. Na drugi strani pa so ženske, ki vse, kar odstopa od vaginalnega spolnega odnosa, opredeljujejo kot nenormalno; za nekatere je tako nenaraven oziroma »sprevržen« že homoseksualni spolni odnos.

*Saj pravim, jaz vse to, kar ni naravno, meni se zdi, da je človek bolnik, da si ni sam kriv. Ker da je pač tako usmerjen, ne vem. To je nekaj s temi narobe. Mislim, ne da bi zdaj te homoseksualce obsojala. To sploh ne mislim. Mi je tako vseeno. Ga jemljem čisto isto kot pa drugega. Pa vseeno mislim, da je bolnik.* (Bojana, 52)

Redke ženske kot nenaravne opredeljujejo tudi uporabo spolnih pripomočkov, medtem ko številne med takšne prakse uvrščajo analni spolni odnos; za nekatere je nesprejemljiv tudi sadizem z nasiljem v spolnosti ter sdomazohizem in njegove skrajne oblike. Posameznice poleg rektalnega spolnega odnosa moti tudi erotično vedenje ženske med samim spolnim stikom ali spolno izkušnjo ter vsi položaji, kjer ženska ne leži na hrbtu. Nekaterim ženskam predstavlja bistvo spolnega odnosa standarden »misijonarski« položaj, torej položaj, kjer ženska leži na hrbtu. Eno izmed žensk moti tudi oralni seks.

*Na primer meni se zdi nenormalno rektalno. Ali pa da bi se na primer 'vulgarno napravljala'. Meni je pač tisti standardni ležeči položaj, konec. Ker se mi tudi zdi, da v takem položaju, ko pride do orgazma, mi pride, v drugem mi nikoli ni. Da bi jaz zamenjala pozicijo, meni ne pride.*  
(Andreja, 50)

Na pedofilijo nekatere gledajo kot na bolezen. V tem se zrcalijo prepričanja, stališča in miti iz preteklih obdobj, ki so jih oblikovali cerkev, medicina in druge znanosti.

Kot nenaravne ali nesprejemljive so nekatere opredelile pedofilijo, zoofilijo, homoseksualnost, analni spolni odnos in sadomazohizem; ena izmed njih je omenila tudi »swinganje«, nekatere pa so med te prakse uvrstile celo posilstvo, ki ga enačijo z omenjenimi oblikami spolnega vedenja. Medtem ko številne ženske moti homoseksualno spolno vedenje, Eleonoro moti biseksualnost, saj meni, da pri tem trpi partnerka biseksualnega moškega. Tatjana kot nenormalno obliko spolnega vedenja opredeljuje nasilje moškega nad žensko, ki se konča s spolnim odnosom. Ena izmed žensk, ki homoseksualnost razume kot bolezen, hkrati izraža sočutje do pedofilov. Nekatere ženske homoseksualce in pedofile opredeljujejo kot enako nenaravne in nenormalne.

Največ zadovoljstva pri spolnih praksah ženske pripisujejo vaginalnemu spolnemu odnosu; zanj se je opredelilo 37 intervjuvank. Ta je pogosto opisan kot »normalen«, klasičen in najbolj zblížujoč spolni odnos. Vsem tem ženskam je vaginalni spolni odnos pomemben, vendar ga nobena v svojih izjavah neposredno ne povezuje z orgazmom. Pet jih pri vaginalnem spolnem odnosu poudarja pomen dodatne stimulacije klitorisa z roko. Šest žensk največ užitka dosega z ročno stimulacijo, ena pa z njeno kombinacijo z oralno stimulacijo. Pet žensk najlažje doživi orgazem pri oralnem spolnem odnosu; ena izmed njih, ki sicer preferira tako oralni kot vaginalni spolni odnos, poudarja, da orgazem najlažje doseže prav pri oralni stimulaciji. Nekatere ženske zagovarjajo kombinacije različnih spolnih praks, na primer povezovanje masturbacije z analno stimulacijo ali kombinacijo ročne, analne in oralne stimulacije. Druge poudarjajo, da je pri spolnem odnosu ključna sproščenost in da sama tehnika ni odločilna, medtem ko tri intervjuvanke navajajo, da orgazem najlažje dosežejo pri samozadovoljevanju.

*Vaginalni, normalni spolni odnos. (Lara, 39)*

Ena izmed žensk se upravičeno sprašuje, zakaj je vaginalni spolni odnos tako poudarjen, ter meni, da je precenjen, saj jo – z izjemo vaginalnega in analnega odnosa – druge oblike spolnosti pripeljejo do orgazma. Hkrati omeni, da tudi njenim prijateljicam vaginalni spolni odnos ni tako pomemben, kot se pogosto prikazuje v medijih. Nasprotno pa druga ženska meni, da nobena druga oblika, razen vaginalnega spolnega odnosa, ni tako združujoča, kar lahko uvrstimo v restriktivno spolno ideologijo.

*Ja, razen vaginalnega in analnega, pride vse do orgazma. Meni se tudi zdi, da je vaginalno precenjeno ali pa da enim babam res deluje, ker meni ne – vaginalno. Jaz ne vem, od kod bi naj tu meni prišlo, če me nič ne draži toliko močno, kolikor bi moralo. In to med mojimi prijateljicami 'fama' – super pomembno. 'A ti to ne? A ti ne?' Tako da ne vem. (Julči, 35)*

Iz odgovorov se jasno kaže pomembnost penetrativnega vaginalnega spolnega odnosa. Koitalni imperativ ima v ženski spolnosti še vedno pomembno vlogo; predstavlja normo ter nekaj klasičnega in zaželenega. Ob tem raziskava nakazuje, da marsikatera zaradi svojih prepričanj in prevladujočih družbenih stališč drugih spolnih praks sploh ne preizkuša, hkrati pa se zaradi teh prepričanj ne morejo dovolj sprostiti, da bi jih dojemale kot enakovredne.

### **Lastna zgodovina spolnosti in seksualna kultura**

Večina intervjuvank je pritrdila, da se je njihova spolnost skozi čas spreminjala. Nekatere so z leti prepoznale vse večji pomen feminističnega pogleda na telo. Bolj ko so ga ponotranjile, bolj pozitivno so doživljale svojo spolnost, ki se je posledično tudi bolj razvijala.

*Uh, zelo se je spreminjalo. Zato, ker jaz sem bila zelo krščansko vzgojena, kar pomeni zavrtost, z veliko besedo. To je bilo vse tistikrat tako, tudi doma, pa to vsrkaš. Tudi drugje so me tako vzgajali. To ni samo spolnost ... Vse vpliva na spolnost. In to, da moraš drugim ustreči v vsem v življenju, pomeni isto v spolnosti. Tako da jaz sem absolutno delala to, kar so hoteli delati moji partnerji. In to je seveda vplivalo na užitek, ker to ni to. Ker te ni, nekako te ni. In ni bilo nič 'fajn'. Ko sem izgubila nedolžnost, sem imela menstruacijo. Si predstavljate, kako mi je bilo lepo. Mislim, grozljive spomine imam na to. Meni to ni bilo nekaj lepega. Šele potem, ko sem se začela osvobajati ... Bolj kot sem se osvobajala, tudi drugje, enih spon, se je to odražalo tudi v spolnosti. Sebe začneš jemati kot žensko in kot človeka, jemati in čutiti drugače. Jaz danes sploh nisem isti človek. Zelo se je spreminjalo. Samo sem morala zelo veliko na sebi delati, ampak ne v spolnosti, ampak drugje, da sem se lahko tudi tukaj odpirala. (Damijana, 51)*

Druge menijo, da se je njihova spolnost izboljšala zaradi celostne osebne rasti in zorenja skozi leta.

*Mislim, tudi od partnerskega odnosa, saj spolnost je pač vedno stvar dveh, ampak mislim, da tukaj ... seveda je potem seveda tudi lastna samozavest, tako kot si sicer, recimo, niti ne veš, da lahko izraziš svoje želje, tudi sicer v življenju, tako tudi v spolnosti in s tem, ko zoriš, si pač znaš izražati svoje želje tako v življenju kot tudi v spolnem življenju. Tako, da se mi zdi, da se je to čisto z zorenjem, osebnostnim in spolnim in izkušnjami spreminjalo, mislim, da sem znala kar dobro ... Na splošno je spolnost sledila zelo mojemu dozorevanju. (Arilena, 45)*

*Ja, definitivno se malo spremeni. Od začetka je vse bolj raziskovanje, potem postane užitek vse ... vse bolj čustveno se doživlja, mislim, doživljam zdaj sama, kot pa, ne vem, na začetku je bilo le raziskovanje. (Ana Špela, 22)*

Tretje so spremembe v spolnosti povezovale z reproduktivnimi obdobji v življenju. Nekatere med nosečnostjo niso imele spolnih odnosov, pri drugih se je v obdobju skrbi za majhne otroke pogostost spolnih odnosov zmanjšala. Posameznice poročajo o izboljšanju spolnosti v postmenopavzi, medtem ko druge navajajo upad spolne želje z leti. Omenjale so tudi vpliv vsakdanjega življenja na spolnost, pri čemer so najpogosteje izpostavile stres ter poudarile, da je spolnost prijetnejša v obdobjih z manj obremenitvami in skrbmi. Spolnost se z življenjskimi vzponi in padci spreminja, pri čemer izpostavljajo potrebo po optimalnih pogojih. Nekatere so svojo spolnost povezovale tudi z zdravstvenim stanjem in navajale izboljšanje po medicinskih posegih (na primer po odstranitvi maternice).

*Ja, se je spreminjala in saj mogoče me ne boste razumeli, ampak se mi zdi, da po vaginalni totalni odstranitvi maternice mi je lepše. Ja, čeprav na začetku je bilo težko, ker ... (Petra, 55)*

Nekatere se zavedajo, da njihova spolnost ni odvisna od življenjskega obdobja, temveč predvsem od partnerja in kakovosti partnerskega odnosa. Druge menijo, da se spolnost spreminja s starostjo (na primer z leti naj bi se zmanjšala intenzivnost), pa tudi s stopnjo zaljubljenosti – na začetku naj bi prevladovalo raziskovanje, kasneje pa užitek in čustvena bližina. Nekatere izpostavljajo, da je na začetku spolnosti prevladoval strah. Spolni odnos je odvisen od partnerskega odnosa, trenutnega razpoloženja ter od stopnje zaupanja med partnerjema. Spolnost je zanje odvisna od izkušenj, čustvene bližine in od spolnega funkcioniranja, ki je lahko povezano z medicinskimi posegi ter postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo ali s spolnimi motnjami. Nekatere menijo, da se je zaradi teh dejavnikov njihova spolnost poslabšala. Štiri ženske niso opazile nobenih sprememb v svoji spolnosti. Uporabnice naravnih metod pa navajajo, da je njihova spolnost zaradi uporabe teh metod lepša.



*Če sem v dolgotrajnem partnerskem odnosu, potem imam veliko željo po spolnosti. Drugače pa, če pa pač nimam nobenega, mi je pa, tudi če je ni, vseeno. (Nina, 21)*

*Tiste prve pol leta je bilo boleče. Tudi v bistvu ni bilo tako potem želje, ker je bilo res boleče. Potem je bilo ene dve leti v redu, tako da je bila tudi želja. Potem pa se mi je v bistvu čisto ustavilo, dokler nisva šla s partnerjem narazen. Zdaj, ko pa imam drugega partnerja, je pa, moram reči, čisto drugače. Da je čisto ... da je v bistvu bolj tako ... prej je bilo vse bolj tako prisiljeno, pa bolj načrtovano, tako na komando, no. Zdaj pa je čisto drugače. (Ana Marija, 30)*

Večina žensk je navedla, da pobudo za spolne odnose dajeta oba, manjši delež pa, da pobuda za spolni odnos prihaja od partnerja. Pobude za spolni odnos v kratkotrajnih zvezah večinoma ne dajejo ženske. Eno izmed žensk je zmotilo moževo konservativno prepričanje, zaradi katerega je med nosečnostjo zavračal spolne odnose in telesno bližino, kar je ona zelo pogrešala.

*Ne, jaz sem tudi pobude dajala. Rada sem raziskovala, saj pravim. In se je odzival, je bil zelo tako, je rekel: 'Wau, super.' Tako da, včasih je bolj on diktiral, včasih sem pa jaz diktirala. (Ivanka, 41)*

Večina žensk meni, da na doživljanje spolnega odnosa vplivata tako način spolnega odnosa kot kakovost partnerskega odnosa, pri čemer obema pripisujejo enakovreden pomen. Poudarjajo, da se partnerski odnos lahko izboljšuje tudi skozi skupno spolnost, hkrati pa dobra spolnost prispeva k boljšemu odnosu. Izpostavile so, da je kljub pomembnosti obeh vidikov ključnega pomena predvsem partner; kadar je odnos s partnerjem ustrezen, postane način spolnega odnosa postranskega pomena. Šestim osebam se zdi način spolnega odnosa pomembnejši, medtem ko ostale večji pomen pripisujejo kakovosti partnerskega odnosa.

*Ja, verjetno oba vplivata. Osebni bolj.*

*(Kako bi to razložili?)*

*Ne vem. V enem življenju imaš s partnerjem lepši odnos. Takrat je sigurno ta spolni odnos tudi drugačen. Čim si, včasih po kakšnem kreganju, odnos ni to, to. Z leti pa, sploh zdaj čez trideset let poroke, pa je spet, kakšen odnos si zgradil, takšnega imaš. Recimo midva imava zdaj dobrega. Boljšega recimo, kot sva ga imela v začetku. In je tudi ta odnos drugačen. Dobro, zdaj temu pač malo leta nagajajo. (Jasna, 51)*

*Jaz mislim, da oboje. Na prvem mestu se je tudi moj odnos do spolnosti razvijal, se je nekako izboljševal. Seveda pa, če so pa kakšna konfliktna obdobja v partnerskem odnosu, se pa to seveda tudi pozna na spolnosti. Tako, da tukaj nekako se ni vse zgladilo med rjuhami. (Mira, 49)*

*Ja zelo, sam odnos s partnerjem, misim, da je tukajle več kot 50 %,... čeprav men včasih, ko sva se skregala, pa je rekal saj se nisem s ta malo skregal. Jes sem rekla čaki, ona je del mene. (Joži, 56)*

Ženske, ki so zagovarjale večji pomen osebnega odnosa, so omenjale tudi partnerjevo spolno motnjo, pri čemer jim je v odnosu zadostovala čustvena bližina.

*Ne, takrat je bilo še to normalno. Vse normalno funkcionira, vse se normalno odvija, zdaj pa ko pride kakšna težava, pri katerem, takrat se enostavno sproži pogovor o tem. (Jasna, 51)*

*No, deset let nazaj ne morem reči, ker deset let že nimam spolnih odnosov. Mož je imel raka, pa sladkorno, pa vse, pa nisva takrat, to je tako. (Jožica, 56)*

Ena ženska je izpostavila, da spolni odnos s partnerjem takoj izboljša njegov osebni odnos do nje, čeprav je njej osebni odnos sam po sebi pomembnejši. Pri tem so se nekatere spomnile začetkov svoje spolne aktivnosti v osnovni šoli, kjer ni šlo za vaginalni spolni odnos, pa so vseeno uživale v intimnosti in bližini. Ena izmed udeleženk je omenila, da v primerih, ko jo je partner razočaral, zaradi maščevanja oziroma kaznovanja ni želela imeti spolnega odnosa z njim.

*Oboje. Oboje. Mislim, če sem skregana, saj zdaj je že, koliko, deset let nisem skregana, ker sem se tako odločila, da ne bom tako razmišljala. Ampak, drugače pa, ja, kadar je bilo tisto, da je kaj takega počel, da se nisem strinjala, sem ga poskusila kaznovati tudi s tem. Ampak, to je bilo zelo redko, ker je on mene bolj kaznoval s tem. (Ivanka, 41)*

*S prejšnjim partnerjem sva bila bolj prijatelja, kot pa neka strastna ljubimca. Zdaj je pa to čisto drugače. Zdaj je želja iz obeh strani večja in je to drugače. Ja, sigurno je bolj pomembno to, da sta oba, da se privlačita že na tak način, da je čisto v bistvu vseeno, kje sta, na kak način potem to delata. (Metka, 38)*

Pri tem je bila izpostavljena tudi spolnost kot sredstvo zadovoljevanja lastnih potreb. Nekatere ženske so menile, da je spolnost odvisna od narave partnerskega odnosa in da partnerski odnos ni nujen, če je cilj zgolj zadovoljevanje lastnih spolnih potreb. To je neposredno izjavila le ena ženska, kar odraža družbeno konstrukcijo ženskosti in seksualnosti; večina intervjuvank še vedno ne vstopa v spolni odnos zgolj zaradi lastnega užitka ali zadovoljevanja svojih spolnih potreb, o takšni obliki spolne aktivnosti pa ne razpravlja. Kulturna pogojenost ženske spolnosti je očitna, saj ženski užitek tradicionalno ni bil sam po sebi dovoljen; zato ženske pogosto raje izpostavljajo čustveno bližino kot odločilen dejavnik za vstopanje v spolni odnos, četudi jim je lastni užitek prav tako pomemben.

### **Hlinjenje orgazma**

Skoraj polovica (30) intervjuvanih žensk je v svojem življenju zaigrala oziroma hlinila orgazem. Večina ni podala razlogov za to; tiste, ki so jih, pa so navedle, da so hlinile orgazem, da bi partner čim prej zaključil spolni odnos. Nekatere so hlinjenje orgazma povezale z družbenimi normami, pri čemer obstaja pričakovanje, da mora ženska doživeti orgazem, kar odraža širša družbena pričakovanja glede spolnega vedenja žensk.

*Ja. Tudi. Zato, ker sem si želela, da bi on čimprej končal. (Lojzka, 40)*

*Absolutno. Katera pa ne, no? (Urška, 29)*

Ostale intervjuvanke so poročale, da se nikoli niso pretvarjale, da bi doživele orgazem, pri čemer so kot razlog navedle odsotnost potrebe po tem, iskrenost do sebe in partnerja ter dojemanje pretvarjanja kot »bedarije«. Dve ženski sta pojasnili, da pretvarjanje ni bilo potrebno, saj nista imeli težav z doživljanjem orgazma. Ena izmed intervjuvank je dodala, da je v primeru, ko orgazma ni dosegla, razočaranje raje izrazila čustveno z jokom, kot da bi se pretvarjala, saj jo je motilo, da jo je partner, po njenih besedah, "prehitel".

*Ne, nisem se, nikoli, ker mi je to bedarija. (Vera, 48)*

*Nisem se, zato ker ... sem se rajši razjokala, če ni 'ratalo'. Mislim, kdaj, že tudi kdaj, sem bila razočarana. Ali pa sem rekla: 'Si mi ušel. Danes si me pa prehitel'. (Elizabeta, 38)*

## 4.7 Ženskost in spolna želja

V poglavju obravnavam ženskost skozi perspektivo intervjuvank, s poudarkom na tem, kako sebe dojemajo kot žensko ali kot mater, kakšna je njihova potreba po spolnosti, kako dojemajo nadzor nad svojim telesom in spolnostjo, ali si dovolijo užitek in sprostitve nadzora za doživljanje orgazma ter kaj jim spolnost pomeni v povezavi z zdravjem.

### Spolno specifično razumevanje spolnosti in vloga materinstva

Glede različnih potreb po spolnosti med moškimi in ženskami so se intervjuvanke približno enakovredno razporedile: polovica zagovarja stališče, da imajo ženske enako potrebo po spolnosti kot moški, druga polovica pa je trdila, da imajo moški večjo potrebo po spolnosti kot ženske.

Ženske, ki so trdile, da je potreba po spolnosti pri ženskah in moških enaka, so poudarjale, da so pogosto omenjene razlike v medijih preveč stereotipne. Njihov argument je bil, da so moški v literaturi opisani kot osebe, ki imajo močnejšo potrebo po spolnosti, medtem ko ženskam pripisuje predvsem vlogo materinstva.

*Jaz mislim, da imamo načeloma nekako enake potrebe, ne vidim nekakšne razlike. Je pa res, da je mogoče malo stereotipije v tem, da so tukaj ženske veliko bolj emocionalne ali pa ... da so čustva tista, ki so pomembnejša v samem spolnem odnosu, spolni akciji. Čeprav jaz mislim, da tega ne moremo tako predalčkati. So tudi ženske čisto svobodne in lahko seksualno živijo, da zanje ni nujno, da imajo pač neko partnersko zvezo ali pa neko navezanost. (Mira, 49)*

*Mislim, da je to zelo individualno, zelo individualno, da ne bi dajala v isti koš ... Mislim, da ne bi tega ločevala po moških in ženskah, da je to zelo individualna zadeva, da se zelo hitro lahko zapletemo v take obravnave oziroma take teorije in zaključke. So pa absolutno različne te potrebe po spolnosti po obdobjih. Jaz bi prej rekla, da je to zmotno prepričanje, da je zmotno metanje vse v isti koš. (Arilena, 45)*

Tiste intervjuvanke, ki niso zagovarjale razlik v spolni želji med moškimi in ženskami, so poudarile, da so razlike predvsem individualne. Poudarile so, da je spolna želja odvisna od posameznika, partnerskega odnosa, razumevanja v zvezi ter od pričakovanj obeh partnerjev. Julči izhaja iz dejstva, da če so vloge v gospodinjstvu enakomerno porazdeljene, je tudi spolna želja enaka.

*Torej, če se v gospodinjstvo vloge enakomerno porazdelijo, je želja po spolnosti enaka. Če ima pa moški preveč časa in premalo zadolžitev, pa ne. In ni dovolj utrujen, medtem, ko je ženska utrujena. (Julči, 35)*

Približno tretjina intervjuvank je menila, da imajo moški večjo spolno željo. Pojasnile so, da moški izkazujejo večje poželenje in naravno prirojeno potrebo po spolnosti, medtem ko ženske iščejo čustveno bližino. Kljub temu so se strinjale, da obstajajo individualne razlike tudi znotraj spolov. Pri ženskah naj bi bila spolna želja nižja in jo je potrebno še spodbuditi. Splošno opažajo, da moški pogosto

iščejo potrditev skozi spolni odnos, medtem ko ženske iščejo čustveno povezavo. Ena od intervjuvank je izpostavila, da se ženske osredotočajo na čustveno bližino, ker bodo v prihodnosti matere. Razlike so opredelile tudi s tem, da ženska spolna želja niha skozi menstrualni cikel, moška pa ostaja konstantna. Po njihovem mnenju moški pogosto dojemajo žensko kot seksualni objekt in ne kot osebnost, kar je posledica njihove nagonse narave.

*Obstaja razlika. Ženska gre pravzaprav bolj iz čustev, iz ljubezni, moški pa rabi včasih svojo potrditev. Mojega moža je bolj skrbelo, da če ne bo mogel, kakor pa da ... Mislim, to rabijo moški, tisto svojo neko potrditev, kot sva se z možem pogovarjala. (Petra, 55)*

*Če po sebi sodim, verjamem, da so zelo velike razlike, ampak ko pa pogledam svojo okolico, prijateljice, s katerimi se pogovarjam in tako naprej, pa mislim, da ni razlik. Moški to tudi čisto drugače gledajo. Da je ta, fizična potreba po spolnosti, kot taka zelo izražena, močna in nujna potreba, medtem ko pri ženski ... pri meni, jaz same take prav fizične potrebe po tem nimam. Ampak skozi neko čustvo, ki je še ... ko se razvije neka strast, pa iz tega potem ... (Lara, 39)*

*Jaz mislim, da imajo moški vseeno malo drugače ... malo več nagonskega, bolj, no, so nagnjeni k temu. Gledajo na žensko kot na seksualni objekt kakor pa ženske. Vseeno je malo drugače. (Ana, 36)*

Štiri ženske menijo, da imajo ženske večjo potrebo po spolnosti kot moški. Ena je to pripisala telesni drugačnosti, češ da je celo žensko telo orgazmična cona, medtem ko je pri moškem erogena cona omejena na mednožje. Drug komentar je bil bolj slikovit:

*Mislim, da imamo večjo, zato pa imamo vibratorje doma. (Urška, 29)*

Manj kot tretjina intervjuvank meni, da ženska kaže večjo potrebo po otroku, moški pa po spolnosti. Pojasnile so, da imajo ženske v primeru dobrega partnerskega odnosa močnejši instinkt za otroka. Dober odnos s partnerjem poveča željo po otroku pri ženski. Nekatere intervjuvanke so preprosto izjavile, da si ženske otrok v povprečju bolj želijo, pri čemer so pogosto izpostavile pomen materinskega čuta. Pogosto so omenile tudi vpliv »biološke ure«, zaradi katere ženske v določenih življenjskih obdobjih izražajo željo po otroku prej kot moški. Ana je pri tem poudarila, da naj bi to veljalo za večino žensk.

*Jaz tako mislim, da bolj kot si v globokem odnosu, če gre za ljubezen, da pri ženski pride ta instinkt, da bi imela s tem moškim otroka, zelo ven. In v tem primeru je želja po otroku pri ženski sigurno močnejša kot pri moškem. Če pa ne govorimo o tej vrsti odnosa, pa ne. (Damijana, 51)*

*Ne, mislim, da kar tako drži pri večini. (Ana, 36)*

Skoraj polovica žensk meni, da je prepričanje, da bi imela ženska večjo potrebo po otroku kot moški, napačno. Ker si običajno oba želita otrok, imata oba enako željo po otrocih in po spolnosti. Ena izmed intervjuvank je na primeru svojega spontanega splava pojasnila, da je bil moški po dogodku veliko bolj potrten kot ona, kar dokazuje, da tega ni mogoče posploševati, saj želja po otroku pri ženskah ni nujno povezana s spolno željo ali potrebo po bližini.

Preostale intervjuvanke so poudarile, da je želja po otroku predvsem individualna in odvisna od vsakega posameznika. Ženske vstopajo v spolnost tudi izključno zaradi spolnosti in ne zaradi želje po otroku. Nekatere so omenile, da se z upoštevanjem »biološke ure« želja po otroku pri ženskah z leti lahko pojavi prej kot pri moških, pri katerih se ta potreba pogosto razvije kasneje.

*Ma ne, jaz mislim, da je pri obeh enakovredno, ampak v določenih letih mogoče pri ženski, ko začne toliko bolj intenzivno razmišljati o tem, je tudi že potem ... je to že malo od zadaj biološka ura. (Aleksandra, 39)*

Poudarile so, da je spolna želja prisotna pri obeh spolih. Moški bi sicer imeli več spolnih odnosov, če bi imeli možnost, hkrati pa si želijo potomcev. Med prepričanji, ki podpirajo tradicionalno seksualno shemo, velja omeniti stališče, da se ženska samouresniči z materinstvom.

### Iniciativnost in nadzor

Ženske same ugotavljajo, da z leti bolje obvladujejo svojo spolnost, si upajo dajati več pobud in se postopoma osvobajajo. Skoraj polovica jih meni, da prihaja pobuda za spolni odnos od obeh partnerjev. Ena izmed intervjuvank pojasni, da se ji je nekoč zdelo neprijetno pogovarjati o svojih spolnih željah in preferencah – sploh z moškim, kar pa se je skozi čas spremenilo. Enakovredno dajanje pobud partnerjev prispeva k boljšemu medsebojnemu razumevanju, zmanjšuje konflikte in omogoča več spontanosti. Menijo, da enakovredno dajanje pobud temelji na pridobljenih izkušnjah in boljšem poznavanju partnerja. Občutek, da lahko same zapeljejo partnerja, jim ustreza. Pobuda je po njihovem mnenju v veliki meri odvisna od konteksta in domačih razmer, nekatere pa navajajo, da običajno pobudo prevzemajo same.

*Zdaj je čisto v redu, tudi v bistvu, ker je tudi razumevanje s partnerjem čisto drugače kot prej. Ne vem, ni nekih preprirov, vse je spontano, nič ni načrtovanega. Pobuda za spolni odnos. Mislim, da kar oba enako. (Ana Marija, 30)*

*Bolj izkušena, bolj se pozna, bolj veva, kaj enemu ustreza, pa kaj drugemu ne. Včasih se enemu ne da ali pa drugemu ne da, samo drugače pa mislim, da je tako pol pol. (Jana, 24)*

*Ja. Mislim, če je takrat, tudi iz moje strani tako čutenje, da bi mi odgovarjalo, potem ja, definitivno. Če pa ne, pa se tudi to pove. (Mija, 28)*

*Tako je. So določena nihanja. Enkrat ima večjo pobudo mož, enkrat imam večjo pobudo jaz. Se mi zdi, da gre to tako malo, valovi. Odvisno od situacije, odvisno od domačih razmer. (Helena, 37)*

*Za tega dojenčka sem jaz moža zapeljala. Tako da ta je bil, tako, čisto na mojo željo. Mislim, bi se mi težko uprl. Sem si želela obe stvari, nosečnost in spolnost. (Elizabeta, 38)*

Petina žensk se pretežno odziva na pobudo partnerja. Tiste, ki dajejo prednost partnerjevi pobudi, navajajo različne razloge za upad spolne želje, kot so utrujenost, službene obveznosti ter vsakodnevni družinski in gospodinjški pritiski. Ena izmed intervjuvank je izpostavila, da se, kadar ima sama željo po spolnosti, partner nanjo včasih ne more odzvati, zaradi česar želja mine. Pri drugi je razlog za zmanjšano željo izčrpavajoča služba; dodatno jo moti tudi hčerka, ki je že večja in je v sosednji sobi, ter dolga menstruacija. Zaradi teh dejavnikov pogosto pobudo prepuščajo partnerju. Ena udeleženka je poudarila, da pobudo še vedno prepušča možu, čeprav zdaj bolje razume, kako je, kadar pobudo poda tudi ženska. Pogovori s partnerjem so ji omogočili boljše razumevanje njegovih pričakovanj in

dojemanja spolnosti. Izpostavile so, da je moškim dajanje pobude zelo pomembno, hkrati pa zaključile, da je zanje to postranskega pomena.

*Meni se zdi, da je to vedno bolj stranska zadeva, ker spolnost ni samo spolni akt, ampak je v bistvu spolnost ali seksualnost ... je prežeta skozi cel odnos, mislim, so to ... pobude, ki niso strogo seksualne, so lahko v bistvu spolne, se pač ... dajo, pobudijo spolnost. (Arilena, 45)*

Pobuda je po njihovem mnenju odvisna od trenutka, okoliščin, prisotnosti otrok, okolja in drugih vsakodnevnih dejavnikov, kot so delo, družinski pritiski in življenjski ritem. Prav tako je pomembno obdobje, v katerem se ženska nahaja, in posameznikova prilagoditev na okolje, na primer, če še vedno živi pri starših.

Večina intervjuvank meni, da nadzor nad svojo spolnostjo obvladuje bolje kot v preteklosti. Nekatere še vedno niso povsem prepričane o nadzoru nad svojim telesom in se prilagajajo partnerjevim željam. Dve ženski navajata, da sta še vedno odvisni od partnerjevih želja in nimata nadzora nad svojim telesom, medtem ko drugi dve o svojem nadzoru nista popolnoma prepričani.

*Ja, tudi zato, ker imaš več informacij, se bolj poznaš, bolj poznaš posledice spolnosti. Tako da ja, lahko bolj nadzorujem. (Tanja, 26)*

*Mislim, da z leti se to tako ali tako poveča. Vsaj tako jaz pri sebi gledam. Ker tudi drugače gledaš telo, drugače obravnavaš te stvari. Sploh pa, če se začneš potem malo še tako, ne ravno duhovno, ampak če celovito gledaš organizem in odnose, če se s tem malo bolj globlje ukvarjaš, tudi drugače gledaš na vse stvari. (Lija, 40)*

Ženske, ki so prepričane v nadzor nad svojo spolnostjo, poudarjajo, da se je partner moral navaditi, da je same izražajo svoje želje in načine. Ena izmed njih je izpostavila, da pri njima ne velja, da se »v postelji vse poravnava«, saj v trenutkih jeze ne dovoli dotika in partnerja odkloni. Intervjuvanke poudarjajo, da se sedaj o spolnosti pogovarjajo bolj odprto kot v preteklosti, ko so bile bolj zadržane, vključno o morebitnih težavah. Ena izmed njih je dodala, da v spolni odnos nikoli ni vstopala zgolj zaradi partnerja in za njegovo zadovoljstvo.

Nadzor nad spolnostjo je po njihovem mnenju odvisen tudi od položaja pri spolnem odnosu.

*Sama. Mogoče v začetku ne. Takrat si pač neveden, mlad, pustiš se toku, kaj pa vem. Prvi spolni odnos je po navadi vedno misijonarski, tako da imaš že tako občutek, da pač nimaš ti vajeti v rokah. (Nina, 21)*

Intervjuvanke povejo, da imajo z več znanja in izkušnjami tudi več nadzora, zaradi česar jim je zdaj lažje. Pri eni izmed žensk se je nadzor nad spolnostjo po menopavzi povečal, saj je vedela, da zanositev ni več možna. Kontrola nad spolnostjo je pogosto povezana tudi s sposobnostjo nadzorovanja drugih življenjskih situacij.

*A spolnost? Ne vem, se mi zdi, da je to najina skupna stvar, no. Nikoli ne ... o tem ne, da bi o tem razmišljala samo kot samostojno, da zdaj, to je moja potreba, to je pa njegova ... Če v tistih letih nazaj pogledam? Lahko. Zdaj pa verjetno, zdaj pa ne. Ja, ja. Takrat sem mi pa zdi, da je bil to dolg proces. Pa tudi ... Se mi zdi, da je tudi čas srednje šole je dosti bolj usmerjen v to. In tudi pogovori in vzdušje tudi med vrstniki, je kot da je to stvar številka ena na tem svetu. In takrat se mi zdi, da sem bila zelo pod tem vplivom. Možu bi vseeno ustregla. Je, če bi bil to mož, potem ja. Ker tako ali tako sva prišla kdaj v tako situacijo, da sva si prav rekla,*

*da ne morem in ... S tem se mi zdi, da zdaj nimam problemov. Želja po spolnosti tudi kljub temu lahko obstaja, samo zaradi tega ker uporabljava naravne metode, moraš reči ne in z glavo narediti. (Sara, 36)*

Ženske svojo spolnost lažje nadzorujejo, ker so bolj samozavestne in z leti vse bolj informirane, zaradi česar bolje poznajo posledice spolnosti. Sara je poudarila, da lažji nadzor nad spolnostjo vključuje tudi sposobnost odprtega pogovora; spominja se, da je bila v preteklosti med vrstniki spolnost pogosto glavna tema pogovorov, kar jo je takrat zelo obremenjevalo. Sčasoma se nadzor nad spolnostjo poveča tudi zaradi osebne zrelosti, celovitejšega razumevanja organizma in partnerskega odnosa ter globljega pogleda na stvari. Le nekaj žensk se ni moglo opredeliti, kdo v odnosu večinsko nadzoruje spolnost. Menijo, da se prilagajata oba partnerja, pri čemer je ena izpostavila, da se je z leti opogumila in partnerju večkrat izrazi svojo željo po spolnosti.

Večina intervjuvank je ocenila, da danes bolje nadzorujejo svoje spolno življenje kot v preteklosti. To pripisujejo osvoboditvi od vplivov krščanske vzgoje, osebnostni rasti, pridobljenemu znanju in izkušnjam s partnerjem. Poudarile so, da jim občutek moči in samostojnosti omogočajo kontracepcija, zrelost, življenjske izkušnje in zavedanje lastnih želja. S starostjo in več izkušnjami se ženske manj bojijo, bolje poznajo partnerja in nadzorujejo svoje življenje, vključno s spolnostjo. Sprememba partnerskega odnosa hkrati prinaša tudi spremembo motivacije za spolnost, ki z leti vse bolj izhaja iz telesnih potreb in zavedanja lastnih želja.

### **Doživljanje orgazma**

Kar 44 žensk meni, da je orgazem pomemben. Opisujejo ga kot pozitivno izkušnjo v okviru spolnega odnosa. Nekatere so v preteklosti imele občutek, da jim orgazem ne pripada, medtem ko danes menijo, da je to legitimen del njihove spolnosti. Orgazem razumejo kot pomemben element zaključka spolnega odnosa in mu na splošno pripisujejo velik pomen. Ena izmed intervjuvank je navedla, da ji je orgazem pomemben, vendar ga med spolnim odnosom še ni doživela. Nekatere pa menijo, da je doživljanje orgazma odvisno od partnerja, saj je povezano z njegovo angažiranostjo.

Tri ženske menijo, da orgazem ni bistven in da nima tako velike vloge, kot mu jo pripisuje družba. Ostale ga sicer dojemajo kot pomemben del spolnosti in njen vrhunec oziroma dodano vrednost, vendar ni nujno prisoten pri vsakem spolnem odnosu.

*Ne bi rekla, da je zdaj to ključni element, dejansko vrhunec, kar orgazem pomeni, ne bi rekla, da je nujno del spolnega odnosa ali spolnosti, ni nujno, da je orgazem prisoten. Samo to bi rekla. Ne zdi se mi, da bi moral biti spolni odnos podrejen orgazmu. Torej je pomemben, ni pa nujno, ni pa pogoj. (Arilena, 45)*

Večina preostalih meni, da je orgazem pomemben, sprejemljiva pa je tudi njegova odsotnost. Bistveno je, da v spolni odnos vstopajo zaradi želje po spolnosti, pri čemer orgazem ni primarni cilj. Čeprav ni najpomembnejši, mu priznavajo določeno vrednost, vendar izpostavljajo tudi pomen drugih vidikov spolnosti.

*Lepo, da je, če ga pa ni, tudi ni panike. (Mojca, 26)*

Navajajo, da je orgazem sicer pomemben, vendar se ob njegovi odsotnosti ne počutijo prikrajšane, saj ni njihov osrednji motiv za spolnost. Pomembnejša sta jim čustvena bližina in spolni odnos, ki temelji na ljubezni.

*To pa ne bi rekla. Jaz sem si ga želela doseči in sem bila recimo, dokler nisva nekako prišla do njega, sem bila tako malo 'sfrustrirana'. Tako me je skrbelo, kdaj to bo. (Elizabeta, 38)*

### **Povezava med spolnostjo in zdravjem**

Večina žensk meni, da spolni odnosi pozitivno vplivajo na naše zdravje, in da je dobro, če ne gre za zavrtost ženske, in si spolnega odnosa želita oba. Takšen pozitiven harmoničen spolni odnos izboljšuje počutje in razpoloženje, sploh kadar temelji na čustvenih in duševnih povezavah ter se nadaljuje s telesnim stikom. Pozitivni učinki vključujejo pospešitev krvnega obtoka, zmanjšanje glavobolov ter izboljšanje energije, kljub kratkotrajni telesni utrujenosti. Izpostavile so, da je eden od razlogov za zdravilni učinek spolnosti tudi dobro razpoloženje po spolnem odnosu.

*Ja, pa predvsem v revijah. Ja, seveda se boljše počutiš, imaš več energije. Pravzaprav ne, jaz bom tako rekla, tisti dan sem prekleto utrujena, ker nismo več tako kondicijsko pripravljeni. Ampak tako je pa ena pozitivna energija, ki ti ostane tudi nekaj časa. Absolutno se strinjam. (Lojzka, 40)*

*Zelo, zelo sproščujoče je. Takrat, vsaj jaz, odklopim, sploh ne razmišljam o nobeni zadevi. Zdi se mi, da so določena obdobja, trenutki, ko se res zrelaksiraš. Se pa tudi celotno telo, ne samo psiha, vse komponente, bi se reklo. Fizično, psihično, vse. In zato se telo fizično zelo sprosti. (Lija, 40)*

Menijo celo, da spolni odnos pomlaja ter da je spolnost zdrava, če imaš urejen partnerski odnos in če poteka ustrezno. Poudarjajo, da spolnost ne vpliva le na zdravje, temveč tudi izboljšuje odnos med partnerjema, prispeva k boljšemu razpoloženju ter višji kakovosti življenja. Poleg tega vpliva na splošno počutje, zadovoljstvo, psihično stanje in celovito psihofizično ravnovesje. Omenjajo tudi, da se po spolnosti počutijo bolje in boljše volje, da je telo bolje prekrvavljeno ter da med spolnim odnosom porabljajo kalorije.

*Ja, jaz mislim, če imaš urejeno družinsko življenje oziroma življenje na sploh, partnerski odnos, si ti tudi drugačen, ker meni se zdi, da vidiš ljudi, ki doma niso zadovoljni in se jim to odraža tudi v službi. Mogoče narobe sklepam. (Petra, 55)*

*Na nek način drži, ker se ti telo sprosti. Tudi odnos med partnerjema je boljši, če je spolnost boljša. (Metka, 38)*

*Na splošno počutje, na zdravje, na zadovoljstvo, na psiho, na vse pravzaprav vpliva, če je v spolnost v redu. (Marjetka, 52)*

Pomembno je, da posameznik najde način spolnosti, ki ga osrečuje in deluje protistresno. Spolnost opisujejo kot nekaj naravnega, kar lahko pomaga pri glavobolu, prispeva k daljšemu življenju ter k večji sproščenosti in sreči, saj se pri tem sproščajo hormoni sreče. Izpopolnjen spolni odnos je po njihovem mnenju eden od najboljših občutkov. Trdijo, da je spolnost zdrava, ker je del normalnega ciklusa življenja; da je nekaj sproščujočega, da je čustvena in fizična izpolnitev, da boljše spim, da pomeni zadovoljitev v življenju. Poudarjajo, da je spolnost zdrava, ker je del normalnega življenjskega cikla, da deluje sproščujoče ter predstavlja čustveno in fizično izpolnitev. Omenjajo tudi boljši spanec ter občutek življenjskega zadovoljstva. Po njihovem mnenju spolnost omogoča polnejše življenje, saj vpliva tako na psihično kot telesno stanje ter na psihofizične sposobnosti. Opisujejo jo kot obliko odklopa in



relaksacije celotnega telesa, ki prinaša visoko stopnjo zadovoljstva. Ena izmed žensk je dodala, da spolnost razume kot obliko uresničitve, vendar ni prepričana, ali to nujno pomeni tudi boljše zdravje.

*Mogoče na teh zdravniških pregledih, ki smo jih imeli, sistematičnih, ko se je govorilo o tem bolj v smislu, da je to nekaj naravnega, nekaj, kar je v redu, da se počne, ko si v partnerski zvezi. Da bi pa prav tako za zdravje, ne vem, če se spomnim. Mogoče protistresno. Ja, meni se zdi tudi zelo pomembno za zvezo in tudi za počutje. Name, recimo, deluje tudi protistresno.* (Lili, 23)

Ženske se ne spomnijo, da bi zdravniki kaj dosti govorili o tem. Pogostejše so o tem brale v različnih časopisih in revijah, kot pa slišale od zdravnikov. Ena izmed njih doda, da še ni slišala zdravnikov govoriti o tem, razen tistih, ki so zato tudi plačani. Poudarjajo, da je ta tema med zdravniki tabu. Še posebej jih bega dejstvo, da se ginekologi o tem z njimi ne pogovarjajo. Pri tem menijo, da bi bil tak pogovor zelo pomemben del njihovega spolnega življenja.

## 4.8 Mnenje žensk o lastnem spolnem življenju

Večina žensk meni, da spolni odnos z leti ne izgublja na pomenu, temveč ostaja enako pomemben. Nekatere celo trdijo, da z leti postaja še pomembnejši, medtem ko redke menijo, da je zanje manj pomemben.

Mojca meni, da spolni odnos z leti ne postaja pomembnejši. Najbolj jo moti, da se povsod govori o tem, kako pogosto bi morali imeti spolne odnose, zaradi česar ima občutek, kot da je z njo nekaj narobe, če jih en teden nima. Zorin prvi mož je bil dolgo bolan in takrat je mislila, da nikoli več ne bo imela spolnih odnosov. V drugem partnerstvu zelo uživa in se ji zdi še celo lepše kot v prvem.

Z vidika sodobnega družbenega konstrukta spolnosti se je pri ženskah pokazala osredotočenost na vaginalni spolni odnos in poudarjena pomembnost funkcioniranja moškega spolnega uda – falocentrizem. Spolnost je odvisna od odnosa, ki ga ima posameznica s partnerjem in od dinamike posameznega para. Čeprav spolni odnos z leti ne postaja manj pomemben, je manj pogost, dostikrat pa je zanj tudi manj časa. Pomembno je tudi, ali je partner še zmožen imeti spolne odnose. Kljub temu ženske poudarjajo, da z leti postaja vse pomembnejša čustvena bližina s partnerjem.

*Ne vem, če je kaj manj pomemben, ampak je manj potreben.* (Tara, 45)

*Ne vem. Pa, po moje je pomembno. Če človek zmore, saj to je nekaj lepega.* (Maša, 36)

Ženske opozarjajo na pomen medijsko posredovanih predstav o spolnem odnosu, ki pa se jim v lastnem doživljanju spolnosti ne zdijo ključne. Ob tem se zavedajo pomembnosti kakovostnega, osebnega in prijateljskega odnosa s partnerjem. Poudarjajo, da je dober prijateljski odnos tisto, kar povezuje dva človeka, da uživata v spolnosti, tudi če z leti primanjkuje t. i. »surove« privlačnosti, ter da je pomembno ravnovesje med spolno intimnostjo in kakovostnim partnerskim odnosom. Moti jih način, kako mediji obravnavajo spolnost, navajajo tehničnih podrobnosti o spolnem aktu ter dejstvo, da pogosto ponujajo zgolj pornografske vsebine, preostalo pa se večinoma nanaša na viagro in suhost nožnice. Menijo, da v medijih ne dobijo ustreznih informacij o spolnosti. Po njihovem mnenju je takšen medijski prikaz pogosto preveč površen, saj spolnost zanje ni spolni akt, temveč vključuje doživljanje partnerja, čustveno povezanost in pogovor.

*Ja, moram reči, da mi je tole precejeno. Ampak, predvsem, da gre v ... prepovršno, ker zame spolnost ni spolni akt, ampak je doživljanje tebe, čustvovanje do tebe, pogovarjanje s teboj, se pravi, kako te voham, slišim, čutim, potem šele spolnost. Mislim, potem pa šele spolni odnos. Ker spolnost je vse to skupaj. In to se mi zdi precejeno, da se o tem govori ... mislim, tukaj se pa govori o vseh podrobnostih, tehničnih podrobnostih, se mi pa zdi absolutno pretiravanje. Da pravzaprav so potem ljudje bolj obremenjeni s temi podatki. 'Aha, a če pa tako ni, ali sem potem napačen?' Ne. Svojo spolnost moraš ti sam raziskati, kako se tvoje telo odziva. To, kar od zunaj slišiš, ti je samo spodbuda, da raziskuješ. Drugače moraš pa sebe doživeti. In je prijateljstvo in ta odnos je pomembna stvar. (Ivanka, 41)*

Spolnost opisujejo tudi kot način popestritve življenja, pri čemer zgolj prijateljski odnos s partnerjem ni dovolj; oboje, spolnost in kakovosten prijateljski odnos imata enako pomembno vlogo. Menijo, da pretiravanje v eno ali drugo smer ni dobro ter da je prav, da se o tem piše. Kadar obstaja kakovosten in prijateljski odnos s partnerjem, ta pogosto prispeva tudi k zadovoljivemu spolnemu odnosu in obratno. Medijske obravnave spolnosti po njihovem mnenju sicer ni preveč, motijo pa jih predvsem napačne informacije. Pri tem poudarjajo, da bi se bilo treba z mladostniki odkrito pogovarjati o partnerskem odnosu in spolnosti.

Medtem ko nekatere zatrjujejo, da se ob dobrem prijateljskem odnosu tudi spolnost odvija v skladu z željami obeh partnerjev, ena izmed sogovornic poudari, da je na začetku ključna fizična privlačnost in spolnost, iz katerih se šele nato razvije kakovosten odnos.

*Moram reči, da je potrebno vse. Nekaj zelo pomembnega je, bi jaz rekla, da si s partnerjem res zelo dober prijatelj. To je definitivno zelo pomembno, da si lahko zaupaš, da si en za drugega tam, ko se rabiš, mislim, ko se potrebuješ in na tak način imajo potem tudi spolni odnosi drugačno vlogo. Je pa res, da brez spolnih odnosov, brez fizične privlačnosti, to, pri meni vsaj, ne deluje. (Mija, 28)*

Sklepajo tudi, da se z leti intenzivnost spolnosti zmanjšuje, podobno kot pri telesni dejavnosti, kjer človek ni več enako intenziven kot v mlajših letih, zaradi česar se morda več poudarka namenja pogovoru. Poudarile so, da moški potrebujejo spolnost, ker sicer ne funkcionirajo tako, kot bi si ženske želele. Spodnja izjava je odraz patriarhalne kulture, saj predpostavlja, da mora ženska to potrebo zadovoljiti.

*Mislim, da je vse pomembno, tudi spolni odnos. Ker v bistvu, če ni doma, pa gredo drugam iskat. (Ana Marija, 30)*

Več žensk je poudarilo, da so z leti pridobile boljši nadzor nad svojo spolnostjo, saj se zmanjšuje strah pred zanositvijo, ki je pogosto povezan z njihovimi izkušnjami, informacijami, zrelostjo in osebnim zorenjem. Sčasoma so se naučile poslušati sebe, se spoznati in slediti lastnim željam. Ko vedo, kaj želijo, lažje izberejo partnerja, s katerim zadovoljujejo svojo potrebo po spolnosti. Spolno življenje živijo tako, kot si same želijo.

Le nekaj žensk je navedlo, da so se že od nekdaj zavedale pomena poslušanja same sebe. Poudarile so, da je nadzor nad spolnostjo mogoč šele, ko so zadovoljene vse posameznikove potrebe, saj to omogoča uresničitev zadovoljitve spolnosti.

Omenile so, da nadzorujejo svojo spolnost, kar je povezano tudi z njihovo samozavestjo. Z leti, ko otroci odrastejo in se obveznosti zmanjšajo, spolnost izhaja bolj iz lastne želje ter sposobnosti, da to željo

izrazijo. Tako ženska z leti postane bolj samozavestna ter pridobi več izkušenj in znanja. Miji se zdi, da je z leti sposobna bolj izraziti svojo željo.

Izpostavile so, da so v mladosti manj kontrolirale svojo spolnost, kar izhaja iz prepričanja, da se mladostniki svoje spolnosti manj zavedajo, se prepuščajo trenutku, ne razmišljajo o posledicah spolnih odnosov in nimajo dovolj znanja o kontracepciji. Z leti postane človek bolj racionalen in deluje bolj premišljeno. Lažje zahteva uporabo kondoma, bolje se pozna ter razume in ve, kaj potrebuje. Stvari začne zaznavati s širše perspektive, s partnerjem se natančno spoznata, oba vesta, kaj želita, in se z leti medsebojno dopolnjujeta. Nekatere ženske sčasoma začnejo tudi bolj zaupati svoji spolnosti in partnerskemu odnosu.

*Ne vem. Se mi zdi, da sem jaz tudi odrasla in se spremenila. Ni mi več nerodno povedati, da se slabo počutim ali pa zase poskrbeti. Mislim, se ne obremenjujem s tem in mi ni nerodno povedati, če bova uporabljala kondom, da se odločiva skupaj. Zdaj mi ni več pomembno, da ga ne bom užalila s kakšno stvarjo. Se odkrito pogovarjava o tem. (Cvetka, 38)*

Ženske so poskušale oceniti svoje spolno življenje. Četrtnina jih meni, da je zelo dobro, 31 jih je ocenilo kot zadovoljivo oziroma kot nekaj srednjega, preostale pa so povedale, da bi si želele več. Ocenjevale so ga tudi numerično od 1 do 5 ali od 1 do 10, pri čemer so si skale zbrale same. Tiste, ki so ga ocenile kot nezadovoljivo, so to pripisale zdravstvenim težavam, vnetjem, zmanjšani spolni želji, ki jo povezujejo s kontracepcijskimi tabletami, ter utrujenosti zaradi številnih obveznosti. Ena ga ni ocenila, ker je trenutno brez partnerja. Ena nosečnica je omenila, da trenutno nima spolnega življenja, saj pričakuje dojenčka, kar hkrati kaže na prisotnost tradicionalnih prepričanj o spolnosti v nosečnosti.

*Trenutno pavza, ker pričakujemo dojenčka. Ampak, drugače v redu. Lepa, no. (Elizabeta, 38)*

Večina žensk meni, da bi bilo njihovo spolno življenje precej drugačno, če bi nanj gledale s sedanjimi izkušnjami. Takrat bi se lahko veliko bolj izražale kot ženske, si več dovolile in še bolj razvijale odnos s partnerjem. Zavedajo se pomanjkljive spolne vzgoje v šolah, ki bi bila ključna za boljšo spolnost in menijo, da bi spolna vzgoja morala biti del priprave na življenje. Spolna vzgoja bi bistveno poenostavila partnerske odnose, saj bi že na začetku nudila boljše izhodišče in temelje za spolno življenje.

*O spolni vzgoji v petem razredu, četrtem razredu bi puncam morali povedati vse o tem, kaj se lahko vse zgodi, o zanositvi in kontracepciji, vsaj tako okvirno bi jih morali seznaniti. V petem, ko imajo pregled, bi jim morali razlagati že o čustvih, ker takrat jim hormoni že norijo, in v sedmem razredu bi morali ta čustva in spolne odnose razčleniti v teh zadevah. V srednji bi pa morali imeti, kaj vse je tukaj zraven, da bi imeli teme, pogovore. ... ampak spolne vzgoje bi moralo biti bistveno več, jaz mislim, da bi morala biti tudi en del priprave na življenje. Noben te ne uči o odnosih v partnerstvu in vzgoji otrok. (Lojzka, 40)*

V preteklosti je bila večina v strahu pred spolnim odnosom zaradi neznanja, zato so bile pod vplivom partnerjev – prvič zaradi neznanja in drugič zaradi pomanjkanja samozavesti in izkušenj. Zaradi slabe oziroma neustrezne spolne vzgoje so imele slab občutek in občutek krivde, ko so vstopale v spolnost. Ena izmed njih pravi, da bi, če bi imela več znanja o tem, verjetno imela manj spolnih partnerjev in prej spoznala samo sebe. Danes je znano, da primerna spolna vzgoja mladim omogoča, da začnejo kasneje s spolnimi odnosi. Poudarjeno je bilo zavedanje moči lastnega telesa, skrb za osebno nego in oblačenje v spolno privlačno perilo, česar se v mladosti niso zavedale. Če bi takrat imele dovolj znanja, bi že na

začetku uporabljale kontracepcijo in zanosile takrat, ko bi želele. Posledično bi imele lepše izkušnje s spolnostjo se izognile številnim neprijetnim situacijam in že zgodaj razvile večjo samozavest.

*Ja, mogoče ... bi kakšnega odštela. Ne, ni bilo vredno, zato. (Nina, 21)*

*Sigurno bi bilo drugače. Zdaj res pazim na sebe, da se negujem, da ... se uredim, da sem mu všeč, kaj jaz vem. Mislim, vem, kaj ga vznemirja. Da si primerno spodnje perilo oblečem. Da se zdaj tudi jaz potrudim za njega, to, kar se pri možu nisem. To je vse tako bolj spontano, zdaj tudi jaz dajem pobudo. (Zora, 62)*

Dvajset žensk meni, da njihova spolnost ne bi bila bistveno drugačna, saj je učenje spolnosti proces, ki ga je treba prehoditi, da postaneš to, kar si. Hkrati se zavedajo, da bi bilo morda lažje, če bi imele več informacij. Druge vztrajajo, da življenje oblikuje spolnost in da o tem kasneje nima smisla razpravljati.

Tiste, ki se o tem niso opredelile, menijo, da o tem ne želijo razmišljati, saj je bolje, da se življenju in dogajanju preprosto prepustiš. Po njihovem mnenju je to obdobje takšno, da ga je treba preprosto preživeti. Ena izmed njih je pri tem uporabila izraz, da je naravno, da se spolnost naravno razvija tako, kot se.

Nov vidik, izražen v tem zadnjem delu, je, da poleg medijev tudi znanost vsiljuje predstave o tem, kako naj bi imeli spolne odnose in doživljali svojo spolnost.

## 5 RAZPRAVA

Ugotovitve raziskave potrjujejo, da ženske v različnih življenjskih obdobjih uporabljajo širok spekter kontracepcijskih metod, ki vključujejo tako sodobne kot tudi t. i. tradicionalne pristope, pri čemer so načini njihove uporabe izrazito individualizirani. Analiza vplivov sodobnih kontracepcijskih metod na spolnost je skladna z ugotovitvami preglednega prispevka Higgins in Smith (2016) in ne razkriva bistvenih odstopanj. Avtorici vplive kontracepcije umeščata v večrazsežen analitični okvir, ki zajema makrodejavnike (spol, družbene neenakosti, kulturo in družbeno strukturo), odnosne dejavnike (partnersko dinamiko in preference) ter individualne dejavnike, kot so spolno funkcioniranje, spolne preference (na primer dezinhibicija, spontanost in užitek), spolni vidiki neželenih učinkov (na primer krvavitve in spremembe razpoloženja), spolna identiteta in pripadnost spolnim manjšinam ter reproduktivne namere. V tem okviru se kontracepcija kaže kot kompleksen dejavnik, ki na žensko spolnost učinkuje večplastno, tako pozitivno kot negativno, pri čemer njeni učinki presegajo zgolj biološki vidik spolnega delovanja.

Pričujoča raziskava je pokazala, da prekinjenega spolnega odnosa v sodobnem slovenskem prostoru ni mogoče razumeti zgolj kot tehnično ali prehodno kontracepcijsko metodo, temveč kot družbeno stabilno, kulturno kodirano in seksualno strukturirajočo prakso, ki pomembno soustvarja načine doživljanja ženskega telesa, seksualnosti in partnerskih razmerij. Empirični podatki potrjujejo, da prekinjen spolni odnos kljub široki dostopnosti sodobnih, varnih in brezplačnih kontracepcijskih metod ostaja razširjen v različnih generacijskih, izobrazbenih in socialnih skupinah žensk, kar sovпада z ugotovitvami nacionalnih ter mednarodnih raziskav (Bernik in Klavs, 2011; Krotec idr., 2024; Oliveira da Silva, 2011; United Nations ..., 2022).

Ena osrednjih ugotovitev raziskave je, da ženske prekinjen spolni odnos pogosto umeščajo v diskurz naravnega, spontanega, telesno neinvazivnega in partnersko zaupanja vrednega odnosa. Prekinjen spolni odnos se v teh intervjujih ne pojavlja primarno kot manj zanesljiva ali tvegana metoda, temveč kot metoda, ki omogoča ohranjanje občutka telesne integritete in distance do medicinske regulacije. Takšno razumevanje potrjuje ugotovitve, da odločanje o kontracepciji ni zgolj racionalno ali informacijsko pogojeno, temveč je globoko vpeto v subjektivna doživljanja telesa, izkušnje z medicino ter kulturno posredovane predstave o seksualnosti (Higgins in Smith, 2016; Szreter in Fisher, 2010).

V tem kontekstu se razkriva pomemben paradoks. Prekinjen spolni odnos se pogosto razume kot praksa, ki odgovornost za preprečevanje nosečnosti prenaša na moškega partnerja, vendar empirični podatki jasno kažejo, da ta prenos ne pomeni tudi dejanskega prenosa moči, nadzora ali seksualne avtonomije na žensko. Nasprotno, ženske pogosto prevzemajo breme prilagajanja lastnega telesa, ritma spolnega odnosa, stopnje vzbujenja in seksualne želje zahtevam te metode. Prekinjen spolni odnos se tako kaže kot praksa, ki kljub navidezni enakovrednosti reproducira tradicionalno razdelitev spolnih vlog in odgovornosti.

Pomemben prispevek raziskave je ugotovitev, da prekinjen spolni odnos ni le kontracepcijska tehnika, temveč tudi organizacijski princip seksualnega odnosa. Spolni odnos se v tem kontekstu strukturira okoli penetracije, časovne omejitve in ejakulacije, pri čemer prekinitve postane osrednji trenutek, ki določa potek, tempo in telesne odzive obeh partnerjev. Takšna struktura seksualnega scenarija pogosto vodi v vzpostavitev koitalnega imperativa, kjer je penetrativni odnos razumljen kot osrednja in normativno privilegirana oblika seksualnosti.

V tem kontekstu se razkriva privilegiranje moškega orgazma kot zaključka spolnega odnosa, medtem ko je ženski užitek pogosto sekundariziran, odložen ali instrumentaliziran. Številne intervjuvanke poročajo o zadrževanju želje, prilagajanju vznburjenja, prezgodnjem zaključevanju spolnega odnosa ali hlinjenju orgazma, kar potrjuje ugotovitve feminističnih raziskav o regulaciji ženskega seksualnega izražanja in užitka (Bordo, 1993; Fahs, 2014; Hite, 1980). Prekinjen spolni odnos se v tem smislu ne kaže le kot metoda z reproduktivnimi posledicami, temveč kot praksa, ki pomembno vpliva na seksualno subjektivnost žensk.

Primerjava obeh raziskovalnih ciklov dodatno kaže na izrazito stabilnost seksualnih scenarijev skozi čas. Čeprav intervjuvanke v drugem raziskovalnem ciklu izkazujejo več refleksije, terminološke natančnosti in večje zavedanje zdravstvenih vidikov kontracepcije ter večje zavedanje pravice do užitka in drugačnih spolnih praks, se temeljne strukture pomenov in praks bistveno ne spreminjajo. To potrjuje tezo, da se seksualne norme in telesne prakse reproducirajo počasneje kot diskurzi o njih ter da so globoko zasidrane v procesih spolne socializacije, partnerskih pričakovanjih in kulturnih modelih intimnosti.

Rezultate raziskave je mogoče dodatno razumeti v perspektivi dolgoročnih zgodovinskih kontinuitet seksualnih praks in norm. Prekinjen spolni odnos v evropskem prostoru že stoletja predstavlja eno osrednjih praks regulacije spolnosti in reprodukcije, pri čemer se njegova funkcija skozi čas spreminja, a njegova simbolna umeščenost ostaja presenetljivo stabilna. V tem kontekstu empirična stabilnost ugotovitev ne kaže na odsotnost sprememb v znanju ali dostopu do kontracepcije, temveč na vztrajnost kulturnih scenarijev, ki se prenašajo skozi socializacijo, partnerske dinamike in telesne prakse. Raziskava potrjuje, da se določeni vzorci seksualnosti reproducirajo tudi v kontekstih sodobne medicinske in pravne ureditve, kar odpira vprašanje razmerja med formalnim napredkom in dejanskimi spremembami v intimnem življenju.

Ugotovitve raziskave so skladne s teorijo seksualnih scenarijev, ki seksualnost razume kot kulturno in družbeno strukturiran proces, v katerem posamezniki internalizirajo normativne vzorce vedenja, pomenov in pričakovanj (Simon in Gagnon, 1984, 2003, 2009). Prekinjen spolni odnos se v tem okviru kaže kot praksa, ki omogoča reprodukcijo tradicionalnega heteroseksualnega scenarija, v katerem je ženska seksualnost pogosto umeščena v okvir previdnosti, odgovornosti, samonadzora in prilagajanja, moška pa v okvir aktivnosti, nadzora in zaključevanja seksualnega odnosa.

Rezultate je mogoče interpretirati tudi v okviru biopolitične regulacije seksualnosti (Foucault, 1973, 2000). Prekinjen spolni odnos deluje kot praksa, ki simbolno zmanjšuje vlogo medicine in institucionalnega nadzora, hkrati pa ne destabilizira temeljnih razmerij moči v heteroseksualnem odnosu. Diskurz naravnega v tem kontekstu deluje kot legitimacijski mehanizem, ki zakriva dejstvo, da prekinjen spolni odnos zahteva visoko stopnjo telesne discipline, samonadzora in čustvenega prilagajanja žensk. Regulacija seksualnosti se tako ne vzpostavlja skozi neposredno prisilo, temveč skozi internalizirane norme, samoregulacijo in občutek osebne odgovornosti (Foucault, 2004).

Izbrani kvalitativni raziskovalni pristop se je izkazal za metodološko nadvse primerne za raziskovanje intimnih, normativno obremenjenih in družbeno reguliranih tem, kot so seksualnost, kontracepcija in telesno doživljanje. Polstrukturirani intervjuji so omogočili vpogled v latentne pomene, protislovja in ambivalence, ki jih kvantitativne raziskave praviloma ne zaznajo (Kvale, 2007; Mesec, 1998). Posebna vrednost raziskave je tudi v časovni dimenziji, saj omogoča primerjalno analizo diskurzov in praks v razmiku več kot desetih let, kar je v slovenskem raziskovalnem prostoru redko.

Raziskava ima pomembne implikacije na več ravneh, predvsem na področju spolne vzgoje in izobraževanja. Rezultati kažejo, da informiranje o kontracepciji, osredotočeno le na učinkovitost metod in preprečevanje nosečnosti, ne zadošča za razumevanje dejanskih seksualnih praks. Brez refleksije seksualnih norm, užitka, razmerij moči in telesnega doživljanja kontracepcija ostaja tehnična informacija, ki ne posega v globlje kulturne in odnosne vzorce, znotraj katerih se oblikujejo kontracepcijske izbire. Na teoretski ravni prispeva k razumevanju kontracepcije kot integralnega dela seksualnih scenarijev in mehanizma regulacije seksualnosti. Na raziskovalni ravni izpostavlja potrebo po nadaljnjih študijah, ki bi vključevale tudi moške perspektive ter druge seksualne in partnerske konfiguracije. Na strokovni ravni poudarja, da kontracepcijsko svetovanje ne sme biti omejeno le na informacije o učinkovitosti metod, temveč mora vključevati tudi razpravo o seksualnosti, užitku, odnosih in razmerjih moči (Higgins in Smith, 2016; World Health Organization, 2024). Ob tem je ključno, da je svetovanje usmerjeno v celostno in individualizirano obravnavo vsake ženske oziroma posameznice, pri čemer se upoštevajo njene specifične potrebe, izkušnje in življenjski kontekst (Cason idr., 2025). Na družbeni ravni raziskava odpira prostor za kritično refleksijo spolnih norm, vzgojnih praks in samoumevnih predstav o intimnosti.

Pri interpretaciji rezultatov je treba poudariti, da raziskava ne zasleduje psihološke razlage individualnih motivacij niti ne vrednoti kontracepcijskih odločitev kot pravih ali napačnih. Njen namen je analitičen in interpretativen: razumeti, kako se pomen prekinjenega spolnega odnosa konstituira znotraj širših družbenih, kulturnih in seksualnih scenarijev ter kako ti scenariji oblikujejo doživljanje telesa, želje in odgovornosti. Takšna epistemološka usmeritev omogoča poglobljen vpogled v strukture pomenov, hkrati pa zavestno omejuje domet posploševanja. Kljub analitični globini ima raziskava svoje omejitve. Gre za kvalitativno raziskavo, katere namen ni statistična posplošitev ugotovitev. Vzorec vključuje le ženske, ki niso izključno istospolno usmerjene, kar omejuje širino interpretacij. Podatki temeljijo na samoporočanju, zato vpliva družbeno zaželenih odgovorov ni mogoče v celoti izključiti (Taylor in Bogdan, 1998). Raziskava tudi ni longitudinalna na ravni posameznic, temveč omogoča primerjavo diskurzov, kar omejuje sledenje individualnim spremembam skozi čas. Te omejitve ne zmanjšujejo analitične vrednosti raziskave, temveč jasno opredeljujejo njen domet.

Pomemben empirični uvid je tudi način, kako so intervjuvanke opisovale vpliv kontracepcije in prekinjenega spolnega odnosa na svojo seksualnost. Zadržanost, fragmentarnost in posredno izražanje izkušenj niso le metodološka omejitve, temveč same po sebi razkrivajo stopnjo tabuizacije ženskega seksualnega užitka v vsakdanjih diskurzih. Tišina, nedorečenost in previdnost pri artikulaciji izkušenj delujejo kot analitični kazalniki družbenih norm, ki omejujejo legitimnost govorjenja o ženskih seksualnih potrebah in užitku.

## **6 SKLEPNE MISLI**

Monografija je pokazala, da prekinjen spolni odnos v sodobnem slovenskem prostoru ni le ostanek preteklih kontracepcijskih praks, temveč tudi aktivna in pomenljiva seksualna strategija, ki pomembno soustvarja načine doživljanja ženskega telesa, seksualnosti in partnerskih odnosov. Raziskava je potrdila, da prekinjen spolni odnos deluje kot mehanizem, ki kljub navidezni preprostosti prispeva k reprodukciji tradicionalnih spolnih norm, zlasti v povezavi z razdelitvijo kontracepcijske odgovornosti, regulacijo seksualnega užitka in omejevanjem seksualne avtonomije žensk.

S povezovanjem družbeno-konstruktivističnih, feminističnih in empiričnih perspektiv monografija prispeva k razumevanju kontracepcije kot družbenega, kulturnega in političnega fenomena, ki presega okvir zdravstveno-tehničnih razprav. Posebna vrednost raziskave je v tem, da v slovenski znanstveni prostor vnaša poglobljeno kvalitativno analizo prakse, ki je pogosto obravnavana kot samoumevna, vendar ima daljnosežne posledice za intimno življenje žensk.

Ugotovitve monografije jasno kažejo, da formalna dostopnost kontracepcije in pravic ne zagotavlja nujno tudi dejanske seksualne svobode. Kritična refleksija vsakdanjih seksualnih praks zato ostaja ključna naloga znanosti, stroke in družbe.



## 7 LITERATURA

1. Abbe, C., Anawalt, B. D. in Page, S. T. (2021). Male contraception: Hormonal methods. V M. C. Meriggiola in K. Gemzell-Danielsson (ur.), *Female and male contraception* (Trends in Andrology and Sexual Medicine, pogl. 25). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-70932-7\\_25](https://doi.org/10.1007/978-3-030-70932-7_25)
2. Abort Report. (b. d.). *Countries*. <https://abort-report.eu/countries/>
3. Adams, G. P., Ratto, M. H., Silva, M. E. in Carrasco, R. A. (2016). Ovulation inducing factor (OIF/NGF) in seminal plasma: A review and update. *Reproduction in Domestic Animals*, 51(Suppl. 2), 4–17. <https://doi.org/10.1111/rda.12795>
4. Agha, S., Morgan, B., Archer, H., Paul, S., Babigumira, J. B. in Guthrie, B. L. (2021). Understanding how social norms affect modern contraceptive use. *BMC Public Health*, 21(1), članek 1061. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11110-2>
5. Aktun, H., Cakmak, P., Moroy, P., Minareci, Y., Yalcin, H., Mollamahmutoglu, L. in Danisman, N. (2006). Surgical termination of pregnancy: Evaluation of 14,903 cases. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 45(3), 221–224. [https://doi.org/10.1016/s1028-4559\(09\)60228-x](https://doi.org/10.1016/s1028-4559(09)60228-x)
6. Alspaugh, A., Barroso, J., Reibel, M. in Phillips, S. (2020). Women's contraceptive perceptions, beliefs, and attitudes: An integrative review of qualitative research. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 64–84. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12992>
7. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. izd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
8. Andolšek, L. (1968). Kontracepcija po svetu in pri nas. *Zdravniški vestnik*, 37, 270–273.
9. Andolšek, L. (ur.). (1974). *The abortion study*. National Institute of Health.
10. Andolšek-Jeras, L. (1960). Še nekaj o kontracepciji. *Babiški vestnik*, 28, 3–5.
11. Andolšek-Jeras, L. (1962). Naše naloge pri širjenju kontracepcije. *Babiški vestnik*, 30, 10–12.
12. Appleton, N. (2023). Hormonal contraception: From demographic histories to pleasurable futures? V L. Roberts in M. Thompson (ur.), *A companion to the anthropology of reproductive medicine and technology* (str. 332–348). Routledge.
13. Appleton, N. S. (2022). Contraceptive futures? The hormonal body, populationism and reproductive justice in the face of climate change. V *Technologies of reproduction across the lifecourse: Expanding reproductive studies* (str. 109–129). Emerald Publishing Limited.
14. Arteaga, S. in Gomez, A. M. (2016). "Is that a method of birth control?" A qualitative exploration of young women's use of withdrawal. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 626–632. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1079296>
15. Arulkumaran, S. (ur.). (2006). *Emergencies in obstetrics and gynaecology*. Oxford University Press.
16. Baerwald, A. R., Adams, G. P., Pierson, R. A. in Cowan, R. L. (2003). A new model for ovarian follicular development during the human menstrual cycle. *Fertility and Sterility*, 80(1), 116–122. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(03\)00544-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(03)00544-2)
17. Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 451–455. <https://doi.org/10.1023/A:1019800426980>
18. Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems* (3. izd.). Churchill Livingstone.
19. Bartoletti, R., Cai, T., Mondaini, N., Dinelli, N., Pinzi, N., Pavone, C., Gontero, P., Gavazzi, A., Giubilei, G., Prezioso, D., Mazzoli, S., Boddi, V., Naber, K. G. in Italian Prostatitis Study Group. (2007). Prevalence, incidence estimation, risk factors and characterization of chronic

- prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in urological hospital outpatients in Italy: Results of a multicenter case-control observational study. *Journal of Urology*, 178(6), 2411–2415. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2007.08.046>
20. Berek, J. S. (ur.). (2012). *Berek & Novak's gynecology* (15. izd.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
  21. Berek, S. J. (ur.). (1996). *Novak's gynecology* (12. izd.). Williams & Wilkins.
  22. Berglas, N. F., Kimport, K., Mays, A., Kaller, S. in Biggs, M. A. (2021). "It's worked well for me": Young women's reasons for choosing lower-efficacy contraceptive methods. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(3), 341–347. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.12.012>
  23. Bernik, I. (2010). Spolnost v času individualizma in racionalnosti. *Družboslovne razprave*, 26(65), 7–24.
  24. Bernik, I. in Klavs, I. (2011). *Spolno življenje v Sloveniji*. Aristej.
  25. Bernik, I., Kogovšek, T., Kuhar, R. in Švab, A. (2018). *Intimni življenjski stili študentov in študentk v Sloveniji*. Fakulteta za družbene vede, Založba FDV. <https://zebra.fdv.uni-lj.si> (dostop z geslom).
  26. Bertotti, A. M., Mann, E. S. in Miner, S. A. (2021). Efficacy as safety: Dominant cultural assumptions and the assessment of contraceptive risk. *Social Science & Medicine*, 270, članek 113547. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113547>
  27. Bińkowska, M., Dębski, R. in Dynowski, K. (2005). Contraception usage over the age of 40 in Polish female population aged 45–54. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 10(2), 79–86. <https://doi.org/10.1080/13625180500131188>
  28. Black, K. I., Vromman, M. in French, R. S. (2025). Common myths and misconceptions surrounding hormonal contraception. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 98, članek 102573. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2024.102573>
  29. Boh, K. (1975). *Socialno psihološki faktorji v načrtovanju družine*. Inštitut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani.
  30. Boh, K. (1976a). *Regulacija fertilitnosti v različnih slojih slovenske družbe*. I. del. Inštitut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani.
  31. Boh, K. (1976b). *Regulacija fertilitnosti v različnih slojih slovenske družbe*. II. del. Inštitut za sociologijo in filozofijo pri Univerzi v Ljubljani.
  32. Bohorič, M. (1940). *Spolno življenje*. Deziderij, Mizerit Zidani Most.
  33. Bolso, A. (2007). Approaches to penetration – Theoretical difference in practice. *Sexualities*, 10(5), 559–581. <https://doi.org/10.1177/1363460707083169>
  34. Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. University of California Press.
  35. Borisov, P. (1995). *Ginekologija na Slovenskem od nastanka do 80. let 20. stoletja*. Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
  36. Borko, E. in Andolšek, L. (1980). *Načrtujmo potomstvo* (5. dop. izd.). Zavod za zdravstveno varstvo.
  37. Borko, E., Takač, I., But, I., Gorišek, B. in Kralj, B. (2006). *Ginekologija* (2. dop. izd.). Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.
  38. Bozkurt, N., Ozkan, S., Onan, A., Korucuoğlu, U., Aygün, R. in Himmetoğlu, O. (2007). Distribution of contraceptive use in a Turkish population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(1), 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.04.004>

39. Braun, V., Gavey, N. in McPhillips, K. (2003). The "fair deal"? Unpacking accounts of reciprocity in heterosexual. *Sexualities*, 6(2), 237–261. <https://doi.org/10.1177/1363460703006002005>
40. Breclj, A. (1933). Ogino Knaus. *Zdravniški vestnik*, 5(1), 25–28.
41. Browne, J. (ur.). (2007). *The future of gender*. Cambridge University Press.
42. Burke, K. L. in Lindberg, L. D. (2024). Gender, power, and nonpreferred contraceptive use in the United States: Results from a national survey. *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 10. <https://doi.org/10.1177/23780231241282641>
43. Cacchioni, T. (2007). Heterosexuality and "the labour of love": A contribution to recent debates on female sexual dysfunction. *Sexualities*, 10(3), 299–320. <https://doi.org/10.1177/1363460707078320>
44. Campbell, S. in Monga, A. (ur.). (2000). *Gynaecology by ten teachers* (17. izd.). Edward Arnold.
45. Cason, P., Cwiak, C., Edelmet, A., Kowel, D., Marrazzo, J. M., Nelson, A. L., Policar, M. S. in Hatcher, R. A. (2025). *Contraceptive technology* (22. izd.). Jones & Bartlett Learning.
46. Cergol Paradiž, A. (2022). "Bela kuga": ilegalni abortusi in zmanjševanje rodnosti na Slovenskem v obdobju med obema vojnama. Založba Univerze.
47. Coddington, K. (2021). For political geographies of fertilities. *Environment and Planning C: Politics and Space*, 39(8), 1675–1691. <https://doi.org/10.1177/23996544211050078>
48. Cole, W. M. in Geist, C. (2021). Conceiving of contraception: World society, cultural resistance, and contraceptive use, 1970–2012. *Social Forces*, 99(4), 1394–1431. <https://doi.org/10.1093/sf/soaa077>
49. Connell, B. E. (2002). *The contraception sourcebook*. McGraw-Hill.
50. Cook, H. (2004). *The long sexual revolution: English women, sex, and contraception 1800–1975*. Oxford University Press.
51. Coombe, J., Wigginton, B., Loxton, D., Lucke, J. in Harris, M. L. (2022). How young Australian women explain their use of condoms, withdrawal, and fertility awareness: A qualitative analysis of free-text comments from the CUPID study. *Culture, Health & Sexuality*, 24(1), 1563–1574. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1979656>
52. Costenbader, E., Lenzi, R., Hershow, R. B., Ashburn, K. in McCarraher, D. R. (2017). Measurement of social norms affecting modern contraceptive use: A literature review. *Studies in Family Planning*, 48(4), 377–389. <https://doi.org/10.1111/sifp.12040>
53. Crosbie, E. in Kenny, L. C. (ur.). (2024). *Gynaecology by ten teachers* (21. izd., e-knjiga). CRC Press.
54. Cucinella, L., Tiranini, L. in Nappi, R. E. (2024). Sexual health and contraception in the menopause journey. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 38(1), članek 101822. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2023.101822>
55. Cunningham, F. G. (ur.). (2001). *Williams obstetrics* (21. izd.). McGraw-Hill.
56. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y. in Casey, B. M. (ur.). (2022). *Williams Obstetrics* (26. izd.). McGraw Hill Education.
57. D'Souza, P., Bailey, J. V., Stephenson, J. in Oliver, S. (2022). Factors influencing contraception choice and use globally: A synthesis of systematic reviews. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 27(5), 364–372. <https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2096215>
58. David, H. P. (ur.). (1999). *From abortion to contraception: A resource to public policies and reproductive behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the present*. Greenwood Press.

59. Demir, O., Ozalp, M., Sal, H., Aran, T. in Osmanagaoglu, M. A. (2021). Evaluation of the frequency of coitus interruptus and the effect of contraception counselling on this frequency. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41(3), 453–458. <https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1754370>
60. Demirbag, C., Köksal, I. in Kaya, S. (2013). Genitourinary infection prevalence among women who used an intrauterine device or oral contraceptives. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(4), 911–916. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2836-6>
61. Dev, R., Kohler, P., Feder, M., Unger, J. A., Woods, N. F. in Drake, A. L. (2019). A systematic review and meta-analysis of postpartum contraceptive use among women in low- and middle-income countries. *Reproductive Health*, 16, članek 154. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0824-4>
62. Dismore, L., Van Wersch, A. in Swainston, K. (2016). Social constructions of the male contraception pill: When are we going to break the vicious circle? *Journal of Health Psychology*, 21(5), 788–797. <https://doi.org/10.1177/1359105314539528>
63. Drew, J. (2003). The myth of female sexual dysfunction and its medicalization. *Sexualities, Evolution & Gender*, 5(2), 89–96. <https://doi.org/10.1080/14616660310001632563>
64. Dyer, C. in Owen, J. (19. 7. 2003). Women may ovulate two or three times a month. *BMJ*, 327(7407), 124. <https://www.ovid.com/journals/bmj/abstract/00002591-200307190-00021>
65. Engin-Ustün, Y., Ustün, Y., Cetin, F., Meydanli, M. M., Kafkasli, A. in Sezgin, B. (2007). Effect of postpartum counseling on postpartum contraceptive use. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 275(6), 429–432. <https://doi.org/10.1007/s00404-006-0287-z>
66. Ertopçu, K., Inal, M. M. in Ozelmas, I. (2005). Demographic analysis of post-abortive and interval-administered hormonal contraceptive methods. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(1), 1–5. <https://doi.org/10.1080/13625180400020804>
67. Evgenika [priloga]. (1936). *Zdravniški vestnik: strokovno glasilo zdravništva v Dravski banovini*, 8, 1–12.
68. Extra, N. (2021). *Sex-positive Black feminism: A literary tradition, 1967–1988* [Doktorska disertacija, Rutgers The State University of New Jersey, Graduate School–Newark].
69. Fahs, B. (2014). 'Freedom to' and 'freedom from': A new vision for sex positive politics. *Sexualities*, 17(3), 267–290. <https://doi.org/10.1177/1363460713516334>
70. Farrell Brodie, J. (1997). *Contraception and abortion in 19th-century America*. Cornell University Press.
71. Fink, M. (1933). Antikonceptična sredstva. *Zdravniški vestnik*, 5(1), 44–45.
72. Flandrin, J. L. (1986). *Družina: sorodstvo, družina in spolnost v Franciji od 16. do 18. stoletja*. Delavska enotnost.
73. Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219–245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
74. Fontana, A. in Frey, J. H. (1994). Interviewing: The art of science. V N. K. Denzin in Y. S. Lincoln (ur.), *Handbook of qualitative research* (str. 361–376). Sage Publications.
75. Forel, A. (1937). *Spolno vprašanje*. Umetniška propaganda.
76. Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic*. Vintage Books.
77. Foucault, M. (2000). *Zgodovina seksualnosti 1: volja do znanja*. ŠKUC.
78. Foucault, M. (2004). *Nadzorovanje in kaznovanje*. Krtina.
79. Fruhauf, T., Al-Attar, G. in Tsui, A. O. (2021). Explaining withdrawal's persistence: Correlates of withdrawal use in Albania, Armenia, Jordan, and Turkey observed in a cross-sectional study. *Gates Open Research*, 5, 92. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.13295.1>

80. Fu, T. C., Hensel, D. J., Beckmeyer, J. J., Dodge, B. in Herbenick, D. (2019). Considerations in the measurement and reporting of withdrawal: Findings from the 2018 National Survey of Sexual Health and Behavior. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1170–1177. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.022>
81. Garton, S. (2006). *Histories of sexuality: Antiquity to sexual revolution*. Equinox.
82. Gavey, N., McPhillips, K. in Braun, V. (1999). Interruptus coitus: Heterosexuals accounting for intercourse. *Sexualities*, 2(1), 35–68. <https://doi.org/10.1177/136346099002001003>
83. Gilfoyle, J., Wilson, J. in Own, B. (1992). Sex, organs and audiotape: A discourse analytic approach to talking about heterosexual sex and relationships. *Feminism & Psychology*, 2(2), 209–230. <https://doi.org/10.1177/095935359222010>
84. *Global Contraception Policy Atlas*. (2025). <https://www.epfweb.org/node/1020>
85. Goyal, R., Chandran, D., Garg, K., Mohankumar, P., Gupta, S., Gautam, R. K., Chopra, H. in Dhama, K. (2022). Medicalization of sexuality and sexual health: A perspective review. *Journal of Experimental Biology and Agricultural Sciences*, 10(6), 1241–1252. [https://doi.org/10.18006/2022.10\(6\).1241.1252](https://doi.org/10.18006/2022.10(6).1241.1252)
86. Grahor, O. (1936). Milica Stupan: Ogino Knaus. *Ženski svet*, 14(6), 150–151.
87. Grahor, O. (1938). Rezi Korpar: teorija o dnevi plodnosti in neplodnosti. *Ženski svet*, 16(5), 124–126.
88. Harper, A. in Proctor, C. (ur.). (2008). *Medieval sexuality: A casebook*. Taylor & Francis.
89. Harvey, P., Jones, E. in Copulsky, D. (2023). The relational nature of gender, the pervasiveness of heteronormative sexual scripts, and the impact on sexual pleasure. *Archives of Sexual Behavior*, 52(3), 1195–1212. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02558-x>
90. Hatcher, R. A., Trussell, J., Stewart, F., Cates, W., Stewart, G. K., Guest, F. in Kowal, D. (ur.). (1998). *Contraceptive technology* (17. izd.). Ardent Media, Inc.
91. Heath, S. (1982). *The sexual fix*. Palgrave/Macmillan Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-16767-8>
92. Heiman, J. R. in Lopiccolo, J. (2009). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth programme for women*. Piatkus.
93. Heinsohn, G. in Steiger, O. (1993). *Uničenje modrih žensk: prispevki k teoriji in zgodovini prebivalstva in otroštva*. Študentska organizacija Univerze.
94. Herbert, S. (2015). *Social norms, contraception and family planning*. Governance and Social Development Resource Centre.
95. Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K. in Merkurieva, I. (2016). The implications of unintended pregnancies for mental health in later life. *American Journal of Public Health*, 106(3), 421–429. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302973>
96. Higgins, J. A. in Hirsch, J. S. (2008). Pleasure, power, and inequality: Incorporating sexuality into research on contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1803–1813. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.115790>
97. Higgins, J. A. in Smith, N. K. (2016). The sexual acceptability of contraception: Reviewing the literature and building a new concept. *The Journal of Sex Research*, 53(4–5), 417–456. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1134425>
98. Higgins, J. A. in Wang, Y. (2015). Which young adults are most likely to use withdrawal? The importance of pregnancy attitudes and sexual pleasure. *Contraception*, 91(4), 320–327. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.12.005>
99. Hite, S. (1980). *Izveštaj Hite: seksualni život žene*. Stvarnost.



100. Horner, J. R., Salazar, L. F., Romer, D., Venable, P. A., DiClemente, R., Carey, M. P., Valois, R. F., Stanton, B. F. in Brown, L. K. (2009). Withdrawal (coitus interruptus) as a sexual risk reduction strategy: Perspectives from African American adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 779–787. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9304-y>
101. Idris, I. B., Syed Soffian, S. S., Baharom, M., Baharuddin, U. M., Hashim, S. in Nawawi, A. M. (2022). Influence of sociocultural beliefs and practices on contraception: A systematic review. *Women & Health*, 62(8), 688–699. <https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2117764>
102. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije [IVZ RS]. (2008). *Informacijski sistem spremljanja fetalne smrti v Sloveniji 2008*. [http://www.ivz.si/javne\\_datoteke/datoteke/100-fetalne\\_2007.pdf](http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/100-fetalne_2007.pdf) (pridobljeno 6. 3. 2009).
103. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije [IVZ RS]. (2009). *Zdravstveni statistični letopis 2009*. <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2009/>
104. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije [IVZ RS]. (2010). *Zdravstveni statistični letopis 2010*. <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2010/>
105. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije [IVZ RS]. (2011). *Zdravstveni statistični letopis 2011*. <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2011/>
106. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije [IVZ RS]. (2012). *Zdravstveni statistični letopis 2012*. <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2012/>
107. Irvine, J. M. (2005). *Disorders of desire: Sexuality and gender in modern American sociology* (2. izd.). Temple University Press.
108. Iskreni.net. (2014a). *Kontracepcija*. <http://www.iskreni.net/druzina/plodnost/143-kontracepcija.html> (pridobljeno 9. 1. 2014).
109. Iskreni.net. (2014b). *FertilityCare*. <http://www.iskreni.net/programi/nnd-naravno-nacrtovanje-druzine.html> (pridobljeno 9. 1. 2014).
110. Iskreni.net. (2014c). *Naravna kontracepcija v zakonu*. <http://www.iskreni.net/forum/viewtopic.php?t=1932> (pridobljeno 4. 5. 2014).
111. Iskreni.net. (21. 1. 2016). *Za FertilityCare veliko zanimanja zlasti med mladimi*. <https://www.iskreni.net/za-fertilitycare-veliko-zanimanja-zlasti-med-mladimi/>
112. Iskreni.net. (23. 3. 2021). *Katere metode naravnega načrtovanja družine vse poznamo?* <https://www.iskreni.net/katere-metode-naravnega-nacrtovanja-druzine-vse-poznamo/>
113. Jackson, M. (1984). Sex research and the construction of sexuality: A tool of male supremacy. *Women's Studies International Forum*, 7(1), 43–51. [https://doi.org/10.1016/0277-5395\(84\)90083-9](https://doi.org/10.1016/0277-5395(84)90083-9)
114. Jackson, S. in Scott, S. (2020). *Theorizing sexuality*. Open University Press.
115. Jones, R. K., Lindberg, L. D. in Higgins, J. A. (2014). Pull and pray or extra protection? *Contraceptive strategies involving withdrawal among US adult women*. *Contraception*, 90(4), 416–421. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.04.016>
116. Jütte, R. (2008). *Contraception: A history*. Polity Press.
117. Kamarul, B. M., Murad, A. Z., Ghazali, I., Roszaman, R., Noraziana, W. A., Mokhtar, A. in Omar, H. M. (2010). The outcome of the seminal fluid parameters collected via coitus interruptus versus masturbation. *Medical Journal of Malaysia*, 65(1), 23–26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21265243/>
118. Kamischke, A. in Nieschlag, E. (2005). Hormonal contraception for males – an option for adolescents? *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau*, 45(4), 241–246. <https://doi.org/10.1159/000087141>

119. Killick, R. S., Leary, C., Trussell, J. in Guthrie, K. A. (2011). Sperm content of pre-ejaculatory fluid. *Human Fertility (Cambridge)*, 14(1), 48–52. <https://doi.org/10.3109/14647273.2010.520798>
120. Kinsey, C. A., Pomeroy, W. B., Clyde, M. E. in Gebhard, P. H. (1954). *Das sexuelle Verhalten der Frau*. G.B. Fischer.
121. Kinsey, C. A., Pomeroy, W. B. in Clyde, M. E. (1975). *Sexual behavior in the human male*. Indiana University Press.
122. Knöpfel, S. in Hoffmann, K. O. K. (2009). *Kontracepcija: katera metoda mi ustreza?* IN OBS Medicus.
123. Knotz, K. (2010). *Seks, kakršnega ne poznate: za zakonce, ki ljubijo Boga*. Slomškova družba – Slomškova založba.
124. *Kontracepcijska sredstva*. (1999). Gibanje za življenje.
125. Kožuh-Novak, M., Obersnel-Kveder, D., Černič Istenič, M., Šircelj, V. in Vehovar, V. (1998). *Rodnostno vedenje Slovencev: nacionalno poročilo*. Znanstvenoraziskovalni center SAZU, Založba ZRC.
126. Krajnc-Simoneti, S. (1973). Načrtovanje družine – temeljna pravica vsakega človeka. *Priroda, človek in zdravje*, 28(8–9), 113–117.
127. Krotec, I., Večko, P. in Mihevc Ponikvar, B. (2024). Reprodukativno zdravje. V B. Mihevc Ponikvar, M. Rok Simon, T. Kofol in S. Tomšič (ur.), *Zdravje žensk v Sloveniji* (str. 75–85). Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/03/Zdravje-zensk-v-Sloveniji.pdf>
128. Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Sage.
129. Lanzalotto, K. S. (2025). *The paradox of pleasure: How sex-positive feminism constrains female freedom*. [CMC Senior Theses. 3957, Claremont McKenna College]. [https://scholarship.claremont.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5127&context=cmc\\_theses](https://scholarship.claremont.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5127&context=cmc_theses)
130. Lao, T. T., Chan, O. K., Suen, S. S. in Leung, T. Y. (2011). Do prior contraceptive methods impact maternal carriage in patients with hepatitis B? *Hepatitis Monthly*, 11(10), 829–834. <https://doi.org/10.5812/kowsar.1735143X.1403>
131. Latack, K. R., Patel, J., Moog, D., Spencer, D. in Nguyen, B. T. (2021). Withdrawal method inquiries and user experiences: An analysis of content posted on four gendered forums on Reddit. *Contraception*, 104(2), 170–175. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.04.005>
132. Lavie-Ajayi, M. (2005). "Because all real women do": The construction and deconstruction of "female orgasmic disorder". *Sexualities, Evolution & Gender*, 7(1), 57–72. <https://doi.org/10.1080/14616660500123664>
133. Lavrič, V. (1949). *Porodništvo*. Mariborska tiskarna.
134. Lavrič, V. (1953). *200 let Ljubljanske babiške šole*. Babiška šola v Ljubljani.
135. Lavrič, V. (1959). Kontracepcija (preprečevanje spočetja). *Babiški vestnik*, 27, 11–15.
136. Leiblum, Sandra R. (ur.). (2007). *Principles and practice of sex therapy* (4. izd.). The Guilford Press.
137. Lessan-Pezeshki, M., Ghazizadeh, S., Khatami, M. R., Mahdavi, M., Razeghi, E., Seifi, S., Ahmadi, F. in Maziar, S. (2004). Fertility and contraceptive issues after kidney transplantation in women. *Transplantation Proceedings*, 36(5), 1405–1406. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2004.04.090>
138. Lešnik, B. (2005). Spodobnost fašizma in fašizem spodobnosti. V G. L. Mosse, *Nacionalizem in seksualnost: morala srednjih razredov in seksualne norme v moderni Evropi* (str. 287–303). Založba /\*cf.

139. Levine, S. B. (2003). The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 279–285. <https://doi.org/10.1023/A:1023421819465>
140. Lindh, I. in Milsom, I. (2013). The influence of intrauterine contraception on the prevalence and severity of dysmenorrhea: A longitudinal population study. *Human Reproduction*, 28(7), 1953–1960. <https://doi.org/10.1093/humrep/det101>
141. Livi Bacci, M. (2005). *Prebivalstvo v zgodovini Evrope*. Založba / \*cf.
142. Lunaček, P. (1950). *Porodniške operacije, I del*. Komus.
143. Lupton, D. (2013). Risk and emotion: Towards an alternative theoretical perspective. *Health, Risk & Society*, 15(8), 634–647. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.848847>
144. Masters, W. H. in Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Little, Brown and Company.
145. Meriggiola, M. C. in Gemzell-Danielsson, K. (ur.). (2021). *Female and male contraception*. Springer International Publishing.
146. Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Visoka šola za socialno delo.
147. Monro, S. (2019). Non-binary and genderqueer: An overview of the field. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 126–131. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538841>
148. Montorsi, F., Basson, R., Adaikan, G., Becher, E., Clayton, A., Giuliano, F., Khoury, S. in Sharlip, I. (ur.). (2010). *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women*. Health Publications.
149. Morison, T., Macleod, C. I. in Ndabula, Y. (2025). The unravelling of person-centred care: The value and necessity of analysing power relations in contraceptive services. *Health*, 30(2), 214–234. <https://doi.org/10.1177/13634593251336175>
150. Müller, M. (ur.). (2006). *Cerkev in spolnost*. Slomškova založba.
151. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (2022). *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022*. <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2022/>
152. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (10. 4. 2024). *Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti (IVZ 19). Uporaba zadnje kontracepcije*. [Interno gradivo NIJZ].
153. *Načrtovanje družine in naravne metode*. (2004). Gibanje za življenje.
154. Nicolson, P. (2003). Feminism and the debate about female sexual dysfunction: Do women really know what they want? *Sexualities, Evolution & Gender*, 5(1), 37–39. <https://doi.org/10.1080/14616660310001594935>
155. Nicolson, P. in Burr, J. (2003). What is 'normal' about women's (hetero)sexual desire and orgasm?: A report of an in-depth interview study. *Social Science & Medicine*, 57, 1735–1745. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00012-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00012-1)
156. Nkonde, H., Mukanga, B. in Daka, V. (2023). Male partner influence on women's choices and utilisation of family planning services in Mufulira district, Zambia. *Heliyon*, 9(3), članek e14405. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14405>
157. Novak, F. (1955a). Kontracepcija. *Priroda, človek in zdravje*, 10(7-8), 105–117.
158. Novak, F. (1955b). Kontracepcija. *Obzornik zdravstvene nege*, 2(2), 114–123.
159. Novak, F. (1956). O kontracepciji. *Babiški vestnik*, 24(9-10), 103–105.
160. Novak, F. (1957). *Spočetje po naši volji ali o kontracepciji*. Naša žena.
161. Novak, F. (1961). *Ginekologija*. Komus.
162. Oliveira da Silva, M. (2011). *The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union*. AIDFM.
163. Ozkan, S. in Yıldız, H. (2020). Premature ejaculation in couples using contraceptive withdrawal and associations with characteristics of its use: A cross-sectional study. *Andrologia*, 52(10), članek e13765. <https://doi.org/10.1111/and.13765>



164. Pajntar, M. in Novak-Antolič, Ž. (1994). *Nosečnost in vodenje poroda*. Cankarjeva založba.
165. Pavel VI. (1968). *Posredovanje človeškega življenja »Humanae vitae«: o pravilnem uravnavanju rojstev*. Nadškofijski ordinat.
166. Pčeljnikov, A. A. (ur.). (1937). *Za vsak dan: univerzalni informativni priročnik za ženski svet*. Tiskovna založba.
167. Perlič, S. (1962). Babica in načrtovanje družine. *Babiški vestnik*, 30, 70–72.
168. Petrič, K. (1937). *Regulacija rojstev*. Žena in dom.
169. Pham, J. M. (2016). The limits of heteronormative sexual scripting: College student development of individual sexual scripts and descriptions of lesbian sexual behavior. *Frontiers in Sociology*, 1, članek 7. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2016.00007>
170. Pinter, I. (1944). *Porodništvo*. Učiteljska tiskarna.
171. Pinter, B. (1992). *Dejavniki, ki vplivajo na vztrajnost uporabe kontracepcije – ocena z metodo življenjskih tabel* [Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta].
172. Pinter, B., Hakim, M., Seidman, D. S., Kubba, A., Kishen, M. in Di Carlo, C. (2016). Religion and family planning. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), 486–495. <https://doi.org/10.1080/13625187.2016.1237631>
173. Pompe-Tanjšek, M. (1958). Hormonska kontracepcija. *Obzornik zdravstvene nege*, 2(2), 238–245.
174. Popcak, G. K. (2022). *Sveta spolnost – dih jemajoča, vznemirljiva in izpolnjujoča* (2. ponatis). Emanuel.
175. Potts, A. (2000). Coming, coming, gone: A feminist deconstruction of heterosexual orgasm. *Sexualities*, 3(1), 55–76. <https://doi.org/10.1177/136346000003001003>
176. Potts, A. in Tiefer, L. (2006). Special issue on “Viagra culture”: Introduction. *Sexualities*, 9(3), 267–272. <https://doi.org/10.1177/1363460706065048>
177. *Psihološke posledice umetnega splava*. (20. 12. 2025). Ženska odločitev. <https://www.zenskaodlocitev.si/splav-v-sloveniji/zapleti-in-mozne-posledice-po-umetnem-splavu/splav-v-sloveniji/>
178. Rahne-Otorepec, I. (2021). Ljubezen, seks, spolni užitek in spolno zdravje v času covid-19. *VICEVERSA: glasilo Združenja psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu*, 30(66), 68–75. <https://ojs.zpsih.si/VV/article/download/12/9>
179. Rakuljič-Zelov, I. (1934). Konceptija žene iz znanstvenega in praktičnega vidika. *Zdravniški vestnik*, 6(5), 187–193.
180. Randić, L. in Andolšek, L. (1984). *Planiranje obitelji*. Otokar Keršovani – Rijeka.
181. Ranke-Heinemann, U. (1992). *Katoliška cerkev in spolnost*. Državna založba Slovenije.
182. Reich, W. (1988). *Funkcija orgazma*. A–Š Delo.
183. Richters, J., de Visser, R., Rissel, C. in Smith, A. (2006). Sexual practices at last heterosexual encounter and occurrence of orgasm in a national survey. *The Journal of Sex Research*, 43(3), 217–226. <https://doi.org/10.1080/00224490609552320>
184. Rinkleib Ellison, C. (2003). Facilitating orgasmic responsiveness. V S. B. Levine (ur.), *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (str. 167–185). Brunner-Routledge.
185. Saxton, J., Malyuta, R., Semenenko, I., Pilipenko, T., Tereshenko, R., Kulakovskaya, E., Adejnova, I., Kvasha, L. in Thorne, C. (2010). Previous reproductive history and post-natal family planning among HIV-infected women in Ukraine. *Human Reproduction*, 25(9), 2366–2373. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq093>

186. Sedlecky, K. in Rasevic, M. (2008). Are Serbian gynaecologists in line with modern family planning? *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(2), 158–163. <https://doi.org/10.1080/13625180802012433>
187. Shoupe, D. in Kjos, S. L. (ur.). (2006). *The handbook of contraception*. Humana Press.
188. Simon, W. in Gagnon, J. H. (1984). Sexual scripts. *Society*, 22(1), 53–60. <https://doi.org/10.1007/BF02701260>
189. Simon, W. in Gagnon, J. H. (1998). Psychosexual development. *Society*, 35(2), 60–67. <https://doi.org/10.1007/BF02838129>
190. Simon, W. in Gagnon, J. H. (2003). Sexual scripts: Origins, influences, and changes. *Qualitative Sociology*, 26(4), 491–497. <https://doi.org/10.1023/B:QUAS.0000005053.99846.e5>
191. Simon, W. in Gagnon, J. H. (2009). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality* (2. izd.). Rutgers University Press.
192. Skjeldestad, F. E. (2007). Use of contraceptives in Norway in 2005. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 127(21), 2803–2805. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17987070/>
193. Smith, A. M., Mucedola, A. S., La, K., Ortiz, R. R. in Tian, Y. (2025). Swipe right to consent: How dating app usage by young adults contributes to sexual objectification and sexual consent miscommunication. *Computers in Human Behavior*, 167, članek 108621. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2025.108621>
194. Spencer, L., Ritchie, J. in O'Connor, W. (2006). Analysis: Practices, principles and processes. V J. Ritchie in J. Lewis (ur.), *Qualitative research practice: A guide for social science studies and researches* (str.. 199–219). Sage Publications.
195. Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage Publications.
196. *Starševstvo in medsebojni odnosi*. (2014). Med.over.net. <http://med.over.net/forum5/read.php?151,3240071> (pridobljeno 5. 5. 2014).
197. Stupan, M. (1936). *Knaus Oginova metoda*. Založba Žena in svet.
198. *Sveto pismo Stare in Nove zaveze*. (1991). Združene biblične družbe.
199. Szreter, S. in Fisher, K. (2010). *Sex before the sexual revolution: Intimate life in England 1918–1963*. Cambridge University Press.
200. Škerlj, B. (1936). Leo Šavnik: o Ogino Knausovi metodi. *Ženski svet*, 14(10), 231.
201. Švab, A. (2010). Med tradicionalno in permisivno seksualno kulturo: percepcije seksualnosti in prisotnost seksualnih imperativov pri študentkah. *Družboslovne razprave*, 26(65), 65–83.
202. Švab, A. (2011). Perceptions of sexual reciprocity in female university students in Slovenia. *Annales, Series Historia et Sociologia*, 21(1), 167–176.
203. Takač, I. in Geršak, K. (2016). *UZV NM Ginekologija in perinatologija*. Medicinska fakulteta.
204. Taylor, S. J. in Bogdan, R. (1998). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource*. John Wiley & Sons.
205. Tekavčič, B. (1958). Splav in sodobna kontracepcija. *Babiški vestnik*, 26(1–3), 35–43.
206. Tettamanzi, D. (1997). *Odgovorno starševstvo in uporaba naravnih metod, etični vidiki*. Gibanje za življenje.
207. The European Society of Contraception and Reproductive Health. (2011). The reproductive health report 2011. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(Suppl. 1), S1–S70. <https://doi.org/10.3109/13625187.2011.607690>
208. Tiefer, L. (2004). *Sex is not a natural act and other essays* (2. izd.). Westview Press.

209. Topini, C. (2024). Resisting population control: Global women's health activism and contraceptive controversies, 1980s–1990s. *Third World Quarterly*, 45(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/01436597.2024.2437465>
210. Tountas, Y., Dimitrakaki, C., Antoniou, A., Boulamatsis, D. in Creatsas, G. (2004). Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: A country-wide survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116(2), 190–195. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.02.023>
211. Tsui, P. P. (2024). Erotic capabilities: A feminist analysis of sexual justice and pleasure in heterosexual sex partying. *Sexualities*, 27(4), 918–938. <https://doi.org/10.1177/13634607211060507>
212. Tulsiani, D. R. in Abou-Haila, A. (2010). How close are we in achieving safe, affordable and reversible male contraceptives? *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders – Drug Targets*, 10(2), 179–187. <https://doi.org/10.2174/187153010791213065>
213. Ujević, B., Habek, J. C. in Habek, D. (2009). Prevalence of infection with *Neisseria gonorrhoeae* or *Chlamydia trachomatis* in acute mucopurulent cervicitis. *Higijena Rada i Toksikologija*, 60(2), 197–203. <https://doi.org/10.2478/10004-1254-60-2009-1916>
214. Ule, M. (2003). *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Aristej.
215. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2022). *World family planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method* (UN DESA/POP/2022/TR/No. 4). United Nations. [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa\\_pd\\_2022\\_world-family-planning.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2023/Feb/undesa_pd_2022_world-family-planning.pdf)
216. Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1). (2004). Uradni list RS, Uradni list RS, št. 94/07 – uradno prečiščeno besedilo, 177/20 – ZVOPOKD in 163/22 – ZVOP-2. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO1213>
217. Uredba o postopku za dovoljeno odpravo plodu. (1952). *Uradni list FLRJ*, 4, 11. januar 1952.
218. *Ustava Socialistične federativne republike Jugoslavije*. (1974). Uradni list SFRJ, 9.
219. Van de Velde, T. H. (1936). *Popolni zakon II*. Umetniška propaganda.
220. Vrabič Dežman, L. (2012). *Moja kontracepcija. V rokah imej pravo karto!* MSD.
221. W. B. Saunders Dictionary Staff. (1994). *Dorland's illustrated medical dictionary* (28. izd.). W. B. Saunders.
222. Walker, R. (1997). *Spolnost in medčloveški odnosi*. Državna založba Slovenije.
223. Wang, L. Y., OuYang, L., Tong, F., Zhang, X. J., Li, X. D., Wang, C. C., Li, X., Sun, L. in Sun, Y. H. (2016). The effect of contraceptive methods on reproductive tract infections risk: A cross-sectional study having a sample of 52,481 women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 294(6), 1249–1256. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4172-0>
224. Weeks, J. (2003). *Sexuality* (2. izd.). Routledge.
225. Wiebe, E. in Faucher, P. (2014). *FAQ: Frequently asked questions in abortion care: Book of abstracts*. The 11th FIAPAC Conference
226. World Health Organization. (b. d.). *Indicators Explorer*. European Health Information Gateway.
227. World Health Organization [WHO]. (2004). *Selected practice recommendations for contraceptive use* (2. izd.). Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health. [https://www.spdc.pt/files/publicacoes/7\\_11294\\_2.pdf](https://www.spdc.pt/files/publicacoes/7_11294_2.pdf) (pridobljeno 14. 2. 2010).
228. World Health Organization [WHO]. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5. izd.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

229. World Health Organization [WHO]. (2016). *Selected practice recommendations for contraceptive use* (3. izd.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565400>
230. World Health Organization [WHO]. (2024). Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: Report on the 2023 policy survey. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240100176>
231. Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6. izd.). Sage Publications.
232. Zalokar, A. (1925). *Pet let ginekologije in porodništva*. Tiskovna zadruga.
233. Zalokar, A. (1937). *Poročilo o ginekološkem in porodniškem delu v l. 1920 do 1936*. Tiskovna zadruga.
234. Zamantakis, A. (2022). Queering intimate emotions: Trans/nonbinary people negotiating emotional expectations in intimate relationships. *Sexualities*, 25(5–6), 581–597. <https://doi.org/10.1177/1363460720979307>
235. Zavod Živim. (b. d.). *Posledice splava*. <https://www.zavod-zivim.si/splav-2/splav/po-splavu/>
236. Zytka, D., Furlo, N., Carlin, B. in Archer, M. (2021). Computer-mediated consent to sex: The context of Tinder. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 5(CSCW1), 1–26. <https://doi.org/10.1145/3449288>
237. Žene na branik za vaše pravice. (1927). *Ženski list*, 4(5), 3.



## Gabrijela Simetinger

Dr. Gabrijela Simetinger je ginekologinja, porodničarka in medicinska seksologinja. Specializirala je ginekologijo in porodništvo ter s pohvalo opravila specialistični izpit, leta 2012 pa še evropski izpit iz spolne medicine pri Evropskem združenju za spolno medicino (ESSM). Doktorirala je na področju ženske spolnosti in kontracepcije na Fakulteti za družbene vede v Ljubljani. Dela v Splošni bolnišnici Novo mesto, kjer je tudi vodja kliničnih raziskav, je asistentka na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in višja predavateljica na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede.

Je aktivna in priznana članica ESSM, kjer je članica znanstvenega pododbora za žensko spolno zdravje in motnje ter izpitnega odbora Multidisciplinary Joint Committee of Sexual Medicine (MJCSM), ki pripravlja in izvaja evropske izpite iz spolne medicine. Za ozaveščanje o vaginizmu ter prispevek k preseganju družbenih stigem o spolnosti in oblikovanju celovitejšega pogleda na spolno zdravje je leta 2021 prejela nagrado WoW za feministične heroinje, ki jo podeljuje Mesto žensk.