Małgorzata Stefankiewicz,
Sławomir Ślaski

Diagnoza zaburzeń seksualnych u kobiet : adaptacja testu

Studia Psychologica nr 10, 315-346

2010

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Studia Psychologica
UKSW
10 (2010) s. 315-346

MAŁGORZATA STEFANKIEWICZ
Wydział Psychologii
Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie
SŁAWOMIR ŚLASKI*
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

DIAGNOZA ZABURZEŃ SEKSUALNYCH U KOBIET – ADAPTACJA TESTU

Diagnosis of female sexual dysfunction – adaptation test

Abstract

The main problem of this paper is to present an adaptive procedure for Sexual Functioning Questionnaire, which was used in Polish conditions. The results obtained in validation studies of the Polish population, which is different culturally can be considered as similar.

1. WPROWADZENIE

Według badań i ocen specjalistów zaburzenia w sferze seksualnej dotyczyć mogą nawet 40 do 50% kobiet, przy czym wykrywalność oraz odsetek kobiet poddawanych leczeniu jest niewielka. W wielu przypadkach osoba cierpiąca na dysfunkcje w tej sferze często nie zdaje sobie sprawy

* Adres do korespondencji: s.slaski@uksw.edu.pl

z istnienia nieprawidłowości lub nie jest w stanie przełamać bariery wstydu i poszukać pomocy u specjalisty. Problemem jest również dostęp do specjalistów – seksuologów, którzy najczęściej mają swoje gabinety w dużych ośrodkach miejskich, dodatkowo jest ich niewielu (Quirk i in., 2002; Lew-Starowicz, 2005).

Kwestionariusze samodzielnie wypełniane przez pacjentkę, wstępnie diagnozujące zaburzenia w sferze seksualnej, są więc nieocenioną pomocą – pozwalają nawet lekarzom pierwszego kontaktu lub niewykwalifikowanym w zakresie seksuologii psychologom na rozpoznanie problemu i skierowanie pacjentki do specjalisty w celu postawienia pełnej diagnozy i rozpoczęcia procesu terapeutycznego, przy jednoczesnym poszanowaniu intymności pacjentki.

Niniejszy artykuł bazuje na koncepcjach dotyczących genezy zaburzeń seksualnych u kobiet, ich istoty, jak i możliwego współwystępowania z innymi zaburzeniami i chorobami. Głównym jednak przedmiotem jest opis procedury adaptacyjnej Kwestionariusza Funkcjonowania Seksualnego, którego dostosowanie do używania w warunkach polskich może się przyczynić zarówno do poszerzenia wiedzy na temat zaburzeń seksualnych kobiet w naszym kręgu kulturowym, jak i pomóc w wykrywalności i terapii wyżej wspomnianych.

W klasyfikacji ICD-10 (Wciórka i Pużyński, 2000) zaburzenia seksualne, utrudniające lub uniemożliwiające prawidłowe współżycie, sklasyfikowano w ramach kategorii F52 – Dysfunkcja seksualna niespowodowana zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną (F52.0 Brak lub utrata potrzeb seksualnych; F52.1 Awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej; F52.2 Brak reakcji genitalnej; F52.3 Zaburzenia orgazmu; F52.4 Wytrysk przedwczesny; F52.5 Pochwica nieorganiczna; F52.6 Dyspareunia nieorganiczna; F52.7 Nadmierny popęd seksualny; F52.8 Inne dysfunkcje seksualne bez przyczyn organicznych lub chorobowych).

Jako przyczynę zaburzeń seksualnych (Bilikiewicz, 2007), zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, wymienia się czynniki biologiczne np.: zaburzenia hormonalne, palenie papierosów, nadużywanie substancji psychoaktywnych, np. alkoholu, który u 61% uzależnionych mężczyzn i u 52% uzależnionych kobiet wywołuje wystąpienie różnych zaburzeń seksualnych, czynniki psychogenne, np.: zaburzenia rozwojowe, czynniki osobowościowe lub partnerskie lub czynniki społeczno-kulturowe, np.: rygoryzm religijny, wpływ środków

masowego przekazu wypaczających obraz seksualności, mity i stereotypy funkcjonują w społeczeństwie. Jednak w przytłaczającej większości przypadków stwierdzenia u danej osoby dysfunkcji seksualnej mamy do czynienia z podłożem wieloczynnikowym. Oprócz czynników mogących wpływać na konkretne reakcje seksualne warto również zwrócić uwagę na naturalne, swoiste dla ludzi zachowania towarzyszące aktowi seksualnemu (Barchnicka, 2008; Enzlin i in. 2009; Gomuła, 2006; Leiblum, Rosen, 2005).

Z fizjologicznego punktu widzenia prawidłowe funkcjonowanie człowieka w sferze seksualnej jest uwarunkowane często współzależnościami między układem nerwowym, wewnątrzwydzielniczym, naczyniowym oraz czynnikami psychicznymi. Upośledzone działanie któregoś z tych elementów lub zakłócenie ich współdziałania może skutkować pojawieniem się zaburzeń seksualnych. Czynniki psychogenne są jednak jednym z najważniejszych predyktorów wystąpienia zaburzeń w sferze seksualnej (Zaborski i Darda-Ledzion, 2005; Jakima, Murawiec, 2008; Jodko, Głowacz, Kokoszka, 2008; Manolis, i in. 2007).

2. ZABURZENIA SEKSUALNE U KOBIET

2.1. PROBLEMY DOTYCZĄCE POŻĄDANIA

Według ICD-10 (Wciórka i Pużyński, 2000) zaburzenie to klasyfikujemy jako brak lub utratę potrzeb seksualnych – kod F52.0: brak pragnień seksualnych jest objawem podstawowym, a nie wtórnym w stosunku do innych problemów seksualnych, takich jak dyspareunia czy pochwica; brak pragnień seksualnych nie wyklucza pobudzenia czy zadowolenia seksualnego, ale powoduje, że zainicjowanie kontaktu seksualnego jest mniej prawdopodobne; obejmuje: oziębłość, osłabienie pożądania seksualnego. Jako kryteria wskazujące na wystąpienie zaburzenia wymienia się:

A. spełnione ogólne kryteria dysfunkcji seksualnej – F52 (G1 do G4);
B. brak lub utrata pożądania seksualnego, przejawiająca się zmniejszeniem zainteresowania tematami seksualnymi, myślenia o sprawach seksualnych z uczuciem pragnienia oraz zmniejszeniem wyobrażeń seksualnych;
C. brak zainteresowania inicjowaniem aktywności seksualnej zarówno z partnerem, jak i w sytuacji samotnej masturbacji, co prowadzi do ak-

tywności seksualnej o częstości wyraźnie mniejszej od oczekiwanej, biorąc pod uwagę wiek i okoliczności, lub o częstości bardzo znacznie obniżonej w porównaniu z poziomem poprzednio dużo wyższym.

Jako najczęstsze możliwe przyczyny tej dysfunkcji wymienia się: choroby i leki stosowane w przebiegu leczenia, zaburzenia w gospodarce hormonalnej, zmęczenie (zarówno fizyczne jak i psychiczne), zaburzone relacje między partnerami, zbyt duża aktywność seksualna.

2.2. AWERSJA SEKSUALNA I BRAK PRZYJEMNOŚCI SEKSUALNEJ

Według ICD-10 (Wciórka i Pużyński, 2000) przy kodzie F52.1 wyróżniono F52.10: awersja seksualna – perspektywie kontaktu seksualnego z partnerem towarzyszą silne uczucia negatywne, wywołujące lęk o takim nasileniu, że pacjent unika aktywności seksualnej; spełnione są następujące kryteria:

A. ogólne kryteria dysfunkcji seksualnej – F52 (G1 do G4);
B. perspektywa kontaktu seksualnego z partnerem powoduje niechęć, obawę lub lęk w stopniu wystarczającym, by unikać tej seksualnej aktywności lub, jeśli do niej dochodzi, pojawiają się uczucia silnie negatywne i niezdolność do przeżywania przyjemności;
C. niechęć nie jest spowodowana lękiem przed brakiem sprawności (reakcją na poprzednie nieudane reakcje seksualne).

Jako najczęstsze przyczyny wymienia się: zaburzone relacje między partnerami, rygoryzm wychowawczy doświadczony w dzieciństwie.

2.3. BRAK RADOSNEGO PRZEŻYWANIA

Według ICD-10 (Wciórka i Pużyński, 2000) przy kodzie F52.1 wyróżniono F52.11: brak radosnego przeżywania – reakcje seksualne przebiegają normalnie, orgazm jest osiągany, ale pacjent nie przeżywa adekwatnej przyjemności. Skarga ta jest znacznie częstsza u kobiet niż u mężczyzn; obejmuje anhedonię seksualną (brak lub utrata zdolności do odczuwania przyjemności); spełnione są następujące kryteria:

A. ogólne kryteria dysfunkcji seksualnej – F52 (G1 do G2);
B. podczas pobudzania seksualnego pojawia się reakcja genitalna (orgazm), lecz nie towarzyszą jej przyjemne wrażenia ani uczucie satysfakcjonującego podniecenia;

C. w czasie aktywności seksualnej nie pojawia się i nie utrzymuje obawa lub lęk (w takim przypadku rozpoznanie F52.10 – awersja seksualna).

Jako najczęstsze możliwe przyczyny możemy uznać depresję oraz zaburzone relacje między partnerami.

2.4. ZABURZENIA POBUDZENIA SEKSUALNEGO

Według ICD-10 (Wciórka i Pużyński, 2000) to zaburzenie określa się jako brak reakcji genitalnej (FSAD) – kod F52.2 – u kobiet głównym problemem jest suchość pochwy (upośledzone nawilżanie); przyczyna może być psychogenna lub somatyczna (np. infekcja lub obniżony poziom estrogenów podczas menopauzy); wybiórcze skargi na suchość pochwy są odnotowywane rzadko, wyjątek stanowią przypadki niedoboru estrogenów podczas menopauzy; aby postawić to rozpoznanie, muszą być spełnione następujące kryteria diagnostyczne:

A. ogólne kryteria dysfunkcji seksualnej – F52 (G1 do G4);
B. u kobiet: niepowodzenie reakcji genitalnej doświadczane jako: brak zwilżania ścian pochwy wraz z nieadekwatnym nabrzmieniem warg sromowych; dysfunkcja przybiera jedną z następujących postaci:
   1. ogólna: nie dochodzi do zwilżenia we wszelkich właściwych okolicznościach;
   2. zwilżenie może początkowo pojawiać się, lecz nie trwa dostatecznie długo, by pozwolić na wygodne wprowadzenie członka;
   3. sytuacyjna: zwilżenie następuje tylko w pewnych sytuacjach (np. z jednym, ale nie z innym partnerem, albo podczas masturbacji, albo gdy stosunek pochwowy nie jest rozważany).

Najczęściej to zaburzenie nie występuje samodzielnie, lecz z innymi dysfunkcjami seksualnymi – według badań wskazuje się na istnienie związku między FSAD a innymi zaburzeniami seksualnymi.

Jako typowe przyczyny można wymienić: zaburzenia w gospodarce hormonalnej, zaburzenia lękowe, poczucie winy, zaburzone relacje między partnerami.

2.5. ZABURZENIA ORGAZMU

W klasyfikacji ICD-10 (Wciórka i Pużyński, 2000) zaburzenie to (anorgazmia) figuruje pod nazwą dysfunkcji orgazmu – kod F52.3: orgazm albo

nie występuje, albo jest znacznie opóźniony; może to być reakcja sytuacyjna, tzn. pojawiająca się tylko w pewnych okolicznościach – etiologia jest wówczas najprawdopodobniej psychogenna. Jeśli natomiast zaburzenia orgazmu są stałe, niełatwo wykluczyć czynniki fizyczne lub konstytucyjne (związane z budową ciała, genitaliów), chyba że na podstawie korzystnej reakcji na psychoterapię. Zaburzenia orgazmu występują częściej u kobiet niż u mężczyzn. Do tego rozpoznania zaliczamy zahamowanie orgazmu oraz anorgazmię psychiczną. Aby stwierdzić występowanie tego zaburzenia, muszą być spełnione następujące kryteria:

- ogólne kryteria dysfunkcji seksualnej – F52 (G1 do G4);
- występuje dysfunkcja orgazmu (brak lub znaczne opóźnienie orgazmu), przybierająca jedną z następujących postaci:
  1. orgazm nie był przeżywany nigdy, w żadnej sytuacji;
  2. dysfunkcja seksualna rozwinęła się po okresie względnie prawidłowych reakcji:
  a) ogólna: dysfunkcja orgazmu występuje we wszystkich sytuacjach i z każdym partnerem;
  b) sytuacyjna: orgazm nie występuje w pewnych sytuacjach (np. w czasie masturbowania się lub z pewnymi partnerami) – specyficzne w zaburzeniach orgazmu u kobiet.

Jako typowe przyczyny tej dysfunkcji wymienia się: zaburzenia w gospodarce hormonalnej, zaburzenia neurologiczne, zmiany poporodowe oraz pooperacyjne, cukrzyca, depresja, różnego rodzaju uzależnienia, leki psychotropowe, urazy seksualne, zaburzenia lękowe, zaburzone relacje w związku partnerskim, trudności seksualne partnera, rygoryzm wychowawczy doświadczony w dzieciństwie, uprzedzenia w stosunku do mężczyzn.

2.6. DYSPAREUNIA

Zaburzenie to określa się jako ostry i nawracający ból w okolicy genitalnej lub miednicy, który pojawia się podczas stosunku płciowego lub wskutek niego. Istotą tego zaburzenia jest to, iż uniemożliwia ono stosunek płciowy i może występować z powodu wielu czynników, do najczęstszych należą stany zapalne w obrębie narządów płciowych (np. zespół zapalenia przedsionka pochwy) lub miednicy mniejszej, suchość pochwy (np. w okresie postmenopauzalnym – atrofia pochwy lub sromu), wulwodynia (zaburzenie

polegające na ciągłym poczuciu bólu, pieczenia lub palenia, podrażnienia w obrębie żeńskich genitaliów, przy niewystępowaniu żadnej infekcji ani stanu zapalnego w obrębie sromu lub pochwy, które mogłyby tłumaczyć te objawy; ból może być stały lub przemijający, ściśle zlokalizowany lub rozprzestrzeniony). Dyspareunia może również wystąpić w wyniku zabiegów operacyjnych w obrębie dróg rodnych lub po porodzie, częściej nawet niż z powodów fizycznych dyspareunia występuje z przyczyn psychicznych – różnego rodzaju lęków, konfliktów psychicznych (Radomski, i in. 2006; Wciórka, 2008).

W ICD-10 (Wciórka i Pużyński, 2000) dyspareunia nieorganiczna (ból w czasie stosunku) figuruje pod kodem F52.6 – występuje zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Często jest ona spowodowana miejscowym stanem patologicznym i powinna być wówczas odpowiednio zakwalifikowana. Jednak w niektórych przypadkach nie ma wyraźnej przyczyny, a wtedy ważną rolę mogą odgrywać czynniki emocjonalne. Rozpoznanie to powinno być stosowane tylko w tych przypadkach, w których nie można znaleźć pierwotnego zaburzenia (np.: pochwicy czy suchości pochwy). Aby zdiagnozować ten problem muszą być spełnione następujące kryteria:

- ogólne kryteria dysfunkcji seksualnej – F52 (G1 do G4),

ponadto u kobiet:

- odczuwany jest ból u wejścia do pochwy, albo przez cały czas trwania stosunku, albo tylko wtedy, gdy dochodzi do głębokiej penetracji pochwy przez członek;
- przyczyną zaburzenia nie jest pochwica ani niedostateczne nawilżenie; dyspareunię pochodzenia organicznego należy klasyfikować stosownie do warunkującego ją zaburzenia.

Jako typowe przyczyny wymienia się: stany zapalne narządów rodnych, zmiany poporodowe i pooperacyjne, choroby urologiczne, ginekologiczne, urazy seksualne, zaburzone relacje w związku partnerskim.

2.7. POCHWICA NIEORGANICZNA

Wymienione zaburzenie zwane inaczej waginizmem – polega na spazmatycznych, mimowolnych skurczach mięśnia okołopochwowego i powiązanych z nim mięśni kontrolujących wejście do pochwy (mięśnie miednicy otaczające zewnętrzną, trzecią część pochwy – mięsień kroczowy i mięsień

zwieracz odbytu), uniemożliwiających penetrację pochwy i odbycie stosunku, przy czym kobieta może osiągać podniecenie seksualne, lubrykację, zaś na drodze manualnej lub oralnej nawet wielokrotne orgazmy. Mechanizm pochwicy polega na narastaniu poziomu lęku, który gwałtownie rośnie, co prowadzi do gwałtownego skurczu mięśni zamykającego wejście do pochwy (reakcja lękowa na penetrację) i uniemożliwiającego wprowadzenie do pochwy czegokolwiek, nawet małego wziernika. Wiele kobiet cierpiących na tę dolegliwość nie stosuje tamponów, nie poddaje się również badaniu ginekologicznemu. Rozróżniamy dwa rodzaje waginizmu: przy pochwicy pierwotnej niemożliwa jest jakakolwiek penetracja, przy pochwicy wtórnej możliwa jest tolerancja na pewne rodzaje penetracji, np. przy pomocy tamponu lub wziernika; podczas aktywności seksualnej wejście do pochwy jest mocno zaciśnięte, zaś lubrykacja jest niewielka. Przy próbach wprowadzenia członka do pochwy lub przy przewidywaniu takiej sytuacji występuje silny ból określany przez kobiety jako palący, piekący. U wielu pacjentek zdarza się, że pochwica występuje w połączeniu z dyspareunią – dlatego też dość trudna jest diagnostyka tego zaburzenia.

Według klasyfikacji ICD-10 (Wciórka i Pużyński, 2000) zaburzenie to jest sklasyfikowane jako pochwica nieorganiczna – kod F52.5 – jest to skurcz mięśni otaczających pochwę, skurcz ten powoduje zamknięcie wejścia do pochwy. Wniknięcie członka jest albo niemożliwe, albo bolesne. Pochwica może być reakcją wtórną na miejscowe schorzenie przebiegające z bólem, nie należy wówczas posługiwać się tym rozpoznaniem; obejmuje pochwicę psychogenną. Aby stwierdzić to rozpoznanie muszą być spełnione następujące kryteria:

A. ogólne kryteria dysfunkcji seksualnej – F52 (G1 do G4);
B. występuje skurcz mięśni okołopochwowych, utrudniający lub uniemożliwiający wprowadzenie członka; dysfunkcja przybiera jedną z następujących postaci:
   1. prawidłowa reakcja nigdy nie występowała;
   2. pochwica rozwinęła się po okresie względnie prawidłowej reakcji:
   a) gdy nie jest podejmowana próba wprowadzenia członka do pochwy, reakcja seksualna może być prawidłowa;
   b) jakakolwiek próba kontaktu seksualnego prowadzi do uogólnionej obawy i dążenia do uniknięcia wprowadzenia członka do pochwy (np. skurcz mięśni przywodzących ud).

Jako typowe przyczyny wymienia się: grubą błonę dziewiczą, zaburzenia lękowe, zaburzone relacje w związku partnerskim, zaburzoną identyfikację z rolą kobiecą, osobowość histroniczną, przebyte urazy seksualne.

Zaburzenia seksualne często są objawem zwiastunowym, przyczyną, objawem lub następstwem różnorodnych zaburzeń ze sfery psychicznej lub fizycznej do czego mogą się przyczynić stosowane w przebiegu leczenia leki. Problem stanowi też niechęć lekarzy pierwszego kontaktu, jak i specjalistów z innych dziedzin medycyny oprócz seksuologii, do rozmawiania z pacjentem na temat jego życia seksualnego. Pacjenci często nie zgłaszają sami swoich problemów w tej sferze – głównie z powodu poczucia wstydu, ale również dlatego, że nie wiedzą oni, iż dysfunkcja seksualna nie jest zjawiskiem prawidłowym lub też może być następstwem choroby (zwłaszcza przewlekłej), lub częścią procesu starzenia się. W przebiegu leczenia chorób przewlekłych ten problem staje się o tyle ważny, iż prawdopodobieństwo dysfunkcji seksualnych zwiększa się. Według wyników badań z wielu dziedzin medycyny, przynajmniej jedną dysfunkcję seksualną manifestuje od 40 do nawet 50% kobiet, przy czym wraz z wiekiem ten wskaźnik ulega zwiększeniu (Quirk i in., 2002). Do czynników ryzyka zalicza się: ogólny stan zdrowia, cukrzycę, choroby układu sercowo-naczyniowego oraz układu moczowo-płciowego, zaburzenia hormonalne, choroby przewlekłe, zaburzenia psychiczne oraz różnorodne czynniki psychologiczne (w tym m. in. te związane ze stresem, niepłodnością) oraz czynniki socjodemograficzne i kulturowe (Zdrojewicz, Lelakowska, 2006; Rembek, i in. 2007; Skrzypulec, i in. 2005).

3. TESTY BADAJĄCE ZABURZENIA SEKSUALNE U KOBIET SEXUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE I MELL-KRAT

Test Mell-Krat (wersja dla kobiet) – jest stosowany głównie do badań potrzeb i reakcji seksualnych kobiet. Składa się z 20 pozycji testowych, warianty odpowiedzi są na skali od 0 do 4, co daje maksymalny wynik 80 punktów, przy czym wynik najbardziej optymalny dla osoby badanej wynosi 55 punktów. Rzetelność wersji dla kobiet wynosi 0,69 (Lew-Starowicz, 1991).

Sexual Function Questionnaire (Kwestionariusz Funkcjonowania Seksualnego) – test ten został stworzony we współpracy specjalistów z Wielkiej

Brytanii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz Holandii (F.H. Quirk, J.R. Heiman, R.C.R., E. Laan, M.D. Smith, M. Boolell). Konstrukcję testu poprzedziły 12-miesięczne badania dotyczące zaburzeń orgazmu u kobiet (Quirk i in., 2002). Głównym powodem, dla którego zespół zdecydował się na stworzenie takiego testu był brak odpowiedniego narzędzia do wykrywania wieloaspektowych zaburzeń seksualnych u kobiet. Przy konstruowaniu testu wzięto pod uwagę zaburzenia seksualne kobiet sklasyfikowane w DSM-IV, czyli zaburzenia pożądania, zaburzenia orgazmu, zaburzenia podniecenia oraz dyspareunię. Pochwica nie figuruje jako oddzielna sfera w ramach SFQ, ponieważ autorzy potraktowali to zaburzenie oraz dyspareunię jako zaburzenia seksualne związane z bólem, ujmując je jako jedną kategorię. Początkowa wersja SFQ złożona z 12 pozycji została poddana ocenie 8 kobiet pod względem zrozumienia, łatwości użycia, związku z tematem badania, możliwego zastosowania. Ta ocena pozwoliła na skonstruowanie 17-pozycyjnego testu wstępnego. Badania pilotażowe wersją 17-pozycyjną objęły 82 kobiety z siedmiu krajów (Wielka Brytania, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, Australia, Holandia, Dania, Francja oraz Włochy), w wieku od 19 do 65 lat; 22 kobiety miały zdiagnozowane zaburzenia seksualne, 60 kobiet nie miały takich problemów. Badanie pozwoliło na rozbudowanie testu i powstanie jego pierwszej wersji. Początkowo test składał się z 31 pozycji, które zostały następnie poszerzone do liczby 34 – był to SFQ-V1, złożony z dwóch podtestów – dotyczących kolejno aktywności seksualnej oraz życia seksualnego. Aktywność seksualna jest konstruktem dotyczącym bardziej fizycznego aspektu seksualności, zaś życie seksualne koncentruje się bardziej na emocjonalnym podłożu relacji seksualnej miedzy badaną a partnerem. Wersja SFQ-V1 w badaniach dotyczących wartości psychometrycznych kwestionariusza funkcjonowała jako wersja 31-pozycyjna – pytania 13, 14 i 34 traktowane są jako pozycje nowe i w badaniach wstępnych nie były uwzględnione (Quirk i in., 2005).

Badania walidacyjne przeprowadzono na dwóch odrębnych grupach. Wszystkie kobiety badane były heteroseksualne, w większości białe (97%). 12-tygodniowe badanie przeprowadzono na grupie 577 kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą (w okresie przedmenopauzalnym lub postmenopauzalnym) oraz 204 kobiet nie stosujących hormonalnej terapii zastępczej (w okresie postmenopauzalnym), u których zdiagnozowano zaburzenia seksualne oraz którym podawano w tym czasie Sildenafil w dawkach

10-100 mg (Viagra) lub placebo. Dwie kolejne grupy kontrolne stanowiły kobiety – odpowiednio 108 i 93 dobrane pod względem wieku, stosujące lub nie hormonalną terapię zastępczą, w okresie przedmenopauzalnym lub postmenopauzalnym, nie wykazujące symptomów zaburzeń seksualnych. Badanie na tych grupach trwało 4 tygodnie. Wszystkie kobiety były w wieku od 18 do 69 lat (18-44 lata – 512; 45-69 lat – 770). Głównym celem badań testowych było oszacowanie wartości psychometrycznych każdej pozycji oraz związku pomiędzy poszczególnymi pozycjami. Jako metodę badawczą zastosowano test – retest.

Na potrzeby dalszych analiz, po wykonaniu analizy czynnikowej, podjęto decyzję o skróceniu testu do 26 pozycji i 7 kategorii – pożądanie, podniecenie, lubrykacja, orgazm, przyjemność, ból, relacja z partnerem (wersja SFQ-V2). Ta wersja posłużyła do opracowania wartości psychometrycznych testu. Zgodność wewnętrzną testu oszacowano dla każdej z kategorii (oprócz relacji z partnerem) na poziomie od 0,71 do 0,91. Kategoria Relacja z Partnerem wahała się na poziomie od 0,33 do 0,65, co uznano za zbyt niską wartość, by móc ją rozpatrywać jako istotną. Rzetelność opracowano metodą testu – retestu na postawie wyników grupy kontrolnej oraz części kobiet z grupy badawczej, których wyniki po okresie 4 tygodni były dość stabilne. Dla obliczenia rzetelności grupy kontrolnej zastosowano metodę współczynnika kappa (wahały się od 0,21 do 0,71 dla poszczególnych pozycji) oraz współczynnika korelacji liniowej Pearsona (rzetelność w przedziale od 0,42 do 0,78); dla obliczenia rzetelności grupy badawczej: współczynnik kappa (od 0,35 do 0,73), współczynnik korelacji liniowej Pearsona (od 0,45 do 0,88). Trafność obliczono dzięki zastosowaniu w badaniu walidacyjnym dodatkowo testów psychometrycznie trafnych – HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) oraz LiSAT (*Fugl-Meyer Life Saisfaction Checklist*). W grupie kontrolnej zastosowano dodatkowo kwestionariusz DISF – *Derogatis Interview for Sexual Functioning.* Przy pomocy korelacji z kwestionariuszami LiSAT oraz HADS określono współczynniki trafności dla poszczególnych kategorii SFQ. Przyrównano do siebie kategorie odpowiadające sobie w poszczególnych testach oraz te, które były diametralnie różne od tych w SFQ, dla potwierdzenia pomiaru tylko określonych konstruktów (aspektów życia seksualnego oraz relacji z partnerem). Korelacje stwierdzono między zmiennymi z testów SFQ a LiSAT, zaś między SFQ a HADS nie było zależności. Trafność treściową określoną metodą korela-

cji stwierdzono między kategoriami w LiSAT – Life, Sex Life, Partner oraz 7 kategoriami SFQ; współczynniki w zależności od korelowanych kategorii wahały się od 0,34 do 0,80, przy czym najwyższe współczynniki korelacji zaobserwowano w korelacji kategorii Przyjemność SFQ z Sex Life w LiSAT oraz Pożądanie SFQ z Sex Life LiSAT (Quirk i in., 2002). Test SFQ, biorąc pod uwagę wyniki badań przeprowadzonych przez omówiony tu zespół badawczy, świadczą o jego dobrych właściwościach psychometrycznych i dużym możliwym spectrum zastosowania. Test ten został w latach 2005-2006 adaptowany w Iranie na potrzeby badań populacji perskiej (Khademi i in., 2006). Badanie adaptacyjne przeprowadzono na grupie 547 kobiet (73 kobiety ciężarne, 167 kobiet bezpłodnych, 258 zdrowych kobiet – studentek oraz pacjentek poradni zapobiegania ciąży, 49 pacjentek z problemami ginekologicznymi). Wszystkie osoby badane były orientacji heteroseksualnej, zamężne, w wieku od 16 do 48 lat, ze średnią wieku kobiety badanej 27 lat. Do badania zastosowano test SFQ-V2 (26 pozycji testowych, 7 kategorii – należy jednak nadmienić, że w wyniku analizy testu zespół badawczy w Iranie określił tylko 5 kategorii – podniecenie-orgazm, przyjemność-pożądanie, ból, partner, nietypowe zachowanie seksualne, ponieważ jest to populacja odmienna kulturowo pytanie 18 dotyczące seksualnej aktywności bez penetracji, jak seks oralny czy masturbacja, uznano za oddzielną kategorię, większość (72,2%) kobiet z badanej populacji zaznaczała brak takiej aktywności). Zgodność wewnętrzną testu oszacowano za pomocą współczynnika *alfa* Cronbacha na poziomie 0,70 (badano 49 par, gdzie kobieta cierpiąca na zdiagnozowane zaburzenie seksualne była poddana terapii lekiem Viagrą; przyrównano 49 kobiet leczonych do 44 kobiet zdrowych, nie przyjmujących leków – na podstawie badań kwestionariuszem na początku i po 4-8 tygodniach w obu grupach). W całości badanej populacji zgodność wewnętrzna testu wahała się od 0,71 do 0,91. Rzetelność obliczona na podstawie testu-retestu przy pomocy współczynnika korelacji liniowej Pearsona dla poszczególnych kategorii wyniosła: dla wymiaru podniecenie-orgazm – 0,90, przyjemność-pożądanie – 0,85, ból – 0,81, partner – 0,96, nietypowe zachowania seksualne – 0,91. Trafność diagnostyczna testu została potwierdzona. Według tego zespołu badawczego, podobnie jak zdaniem twórców testu, SFQ ma dobre właściwości psychometryczne. Jest dobrym narzędziem do badania populacji perskiej, co potwierdziły badania walidacyjne.

4. CELE, METODA I PRZEBIEG BADAŃ WŁASNYCH

W celu przeprowadzenia procesu adaptacji kulturowej narzędzia *Sexual Function Questionnaire* (dalej KFS – Kwestionariusz Funkcjonowania Seksualnego) wstępnie diagnozującego zaburzenia seksualne u kobiet przeprowadzono badania, których celem było uzyskanie pewnej próby zachowań grupy Polek. Dodatkowo kobiety biorące udział w badaniu tym kwestionariuszem wypełniły stosowany już w Polsce seksuologiczny test Mell-Krat (wersja dla kobiet), aby potwierdzić wykrywalność zaburzeń seksualnych przez test KFS. Głównymi czynnikami, które były brane pod uwagę przy doborze osób do badań, była płeć (adaptowany test służy tylko do badania kobiet), fakt bycia pacjentką ginekologiczną oraz rozpoczęcie współżycia seksualnego. Inne czynniki brane pod uwagę miały mniejsze znaczenie niż te już wymienione, jednakże zostaną wskazane w dalszej części pracy

Metodą badawczą były 2 kwestionariusze – poddawany procesowi adaptacji Kwestionariusz Funkcjonowania Seksualnego oraz test Mell-Krat (wersja dla kobiet). Dodatkowo do baterii testowej dołączono osobną kartkę z krótkim opisem celu badania oraz ankietę pozwalającą na uzyskanie podstawowych informacji na temat osoby badanej – jej wieku, stanu cywilnego, orientacji seksualnej i innych.

Kwestionariusz Funkcjonowania Seksualnego jest polskim tłumaczeniem narzędzia *Sexual Function Questionnaire*[1], którego autorami są F.H. Quirk, S. Haughie, T. Symonds (2005). Test ten został przetłumaczony z języka angielskiego na język polski przez autorów niniejszego artykułu, następnie powstała wersja została przetłumaczona na język angielski przez inną osobę z wykształceniem psychologicznym (proces tłumaczenia odwrotnego). Dla potwierdzenia poprawności przekładu dokonano jeszcze jednego tłumaczenia wersji oryginalnej testu na język polski przez inną osobę (również z wykształceniem psychologicznym i seksuologicznym) i na tej podstawie opracowano wersję ostateczną, zastosowaną w badaniach adaptacyjnych. Test składa się z 34 pytań, podzielonych na 2 sekcje: Aktywność Seksualna oraz Życie Seksualne, pozycje dotyczą ostatnich 4 tygodni życia osoby badanej. Do sekcji Aktywność Seksualna należą pytania dotyczące „ja-

[1] Autorzy serdecznie dziękują Tarze Symonds PhD za wyrażenie zgody na adaptację w Polsce Kwestionariusza Funkcjonowania Seksualnego.

kiejkolwiek aktywności, która może skutkować seksualną stymulacją lub seksualną przyjemnością – stosunku seksualnego, pieszczot, gry wstępnej, masturbacji, seksu oralnego". Do tej części testu przyporządkowano 27 pozycji, z możliwością wyboru między 5 a 7 odpowiedziami, w zależności od treści pytania. W sekcji Życie Seksualne znalazły się pytania dotyczące „zarówno fizycznej, seksualnej aktywności, jak i emocjonalno-seksualnego związku, jaki ma badana z partnerem" (s. 470). W tej części testu znalazło się 7 pytań, z możliwością wyboru między 5 a 6 odpowiedziami, w zależności od tego, czego dana pozycja dotyczy. Do poszczególnych 7 skal (tożsamych jak w wersji oryginalnej – pożądanie, przyjemność, orgazm, uczucie podniecenia, podniecenie – lubrykacja, ból, partner) pytania przypisano na podstawie przyporządkowania pytań do skal w wersji oryginalnej testu (Quirk i inni, 2002) oraz przy pomocy analizy treściowej pytań (dokonanej przez 3 sędziów kompetentnych z wykształceniem psychologicznym i seksuologicznym).

Test Mell-Krat służy do badania potrzeb i reakcji seksualnych. Treść pytań dotyczy całości życia seksualnego osoby badanej, od momentu rozpoczęcia współżycia. Wersja dla kobiet składa się z 20 pytań, skalowanych od 0 do 4, co daje maksymalny możliwy wynik 80 punktów, przy czym optymalny wynik świadczący o braku nieprawidłowości wynosi 55. Pytania dotyczą głównie życia seksualnego – stosunku seksualnego i orgazmu oraz związanych z nimi odczuć. Rzetelność wersji dla kobiet wynosi 0,69 (Lew-Starowicz, 1991).

Grupę badawczą stanowiły 143 kobiety, w wieku od 20 do 68 roku życia. Średnia wieku kobiety badanej wyniosła 27,65 lat, zaś dominującym wiekiem było 25 lat. Wszystkie kobiety badane były pacjentkami ginekologicznymi, w tym 54 przebywające w Szpitalu Bielańskim na oddziałach ginekologicznym, patologii ciąży i położniczym oraz pacjentki ginekologiczne niehospitalizowane z Warszawy, Poznania, Łodzi oraz Skierniewic. W grupie badawczej znalazły się również 44 kobiety będące pod opieką lekarza – seksuologa z powodu występowania problemów w życiu seksualnym, ale bez zdiagnozowanych zaburzeń seksualnych.

Badanie zostało przeprowadzone etapowo, w okresie od czerwca 2008 do kwietnia 2009 roku. Osoby biorące udział w badaniu zostały wybrane na podstawie faktu bycia pacjentką znajdującą się pod opieką lekarza – ginekologa, dodatkowo w grupie kobiet z przypuszczalnymi zaburzeniami seksualnymi

kryterium stanowiło bycie pacjentką lekarza – seksuologa. Zastosowano taki, a nie inny dobór osób badanych z dwóch względów – pacjentki kliniki ginekologicznej stanowiły grupę badawczą w badaniach adaptacyjnych przeprowadzonych w Iranie (Khalemi i in., 2006), na podstawie których częściowo zastosowano przebieg procedury adaptacyjnej w Polsce; wyniki badań pacjentek kliniki seksuologicznej pozwoliły na sprawdzenie, czy narzędzie KFS wykrywa na tyle występowanie zaburzeń seksualnych, by na jego podstawie móc je stwierdzić. Na wstępie potencjalnym osobom badanym udzielono podstawowych informacji na temat celu badania, zapewniając o pełnej anonimowości w przypadku wyrażenia zgody na udział w badaniu, dalsze zaś informacje osoby, które wyraziły zgodę znalazły w opisie badania, dołączonym do baterii testowej. Udział w badaniach był dobrowolny, anonimowy, bez wynagrodzenia dla osób uczestniczących w badaniu. Odpowiedzi były udzielane anonimowo i samodzielnie. Wypełnienie obu testów zajmowało badanym od ok. 20 do 40 minut. Jeśli pojawiały się jakieś pytania, najczęściej dotyczyły one testu Mell-Krat, co do treści Kwestionariusza Funkcjonowania Seksualnego kobiety badane nie zgłaszały wątpliwości. Nic nie zakłóciło przebiegu badań, po ich przeprowadzeniu nie spotykano się więcej z osobami badanymi. Próba miała charakter incydentalny, tzn. zaproponowano udział w badaniu tym osobom, z którymi zetknięto się w dniu badania.

5. WYNIKI BADAŃ

5.1. ANALIZA RZETELNOŚCI CAŁEGO KFS

Rzetelność całego kwestionariusza mierzona testem *alfa* Cronbacha na podstawie pozycji standaryzowanych wynosi 0,97, co świadczy o bardzo wysokim poziomie rzetelności.

W związku z wartościami uzyskanymi w badaniu rzetelności pozycji testowych (Tabela 1) postanowiono wykluczyć pozycję numer 31, ponieważ uzyskała ona zbyt niski wskaźnik korelacji pozycji z całym testem (0,114). Podskala, do której ta pozycja została przypisana przy pomocy sędziów kompetentnych (podskala Partner) będzie miała obliczane wartości już bez tej pozycji. Analiza czynnikowa mająca na celu oszacowanie trafności diagnostycznej testu KFS została przeprowadzona również z pominięciem 31 pozycji testowej.

Tabela 1. Statystyki pozycji dla całości testu

Numer Pozycji	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji Ogółem	Kwadrat korelacji wielokrotnej	*alfa* Cronbacha po usunięciu pozycji
1.	3,37	1,01	101,18	1166,67	0,67	0,79	0,97
2.	3,51	1,13	101,04	1166,16	0,60	0,73	0,97
3.	3,31	1,05	101,24	1167,51	0,63	0,71	0,97
4.	2,64	1,12	101,91	1160,12	0,69	0,64	0,97
5.	3,26	1,18	101,29	1163,08	0,61	0,74	0,97
6.	3,30	1,44	101,25	1143,71	0,69	0,80	0,97
7.	2,71	1,38	101,84	1139,77	0,77	0,77	0,97
8.	2,76	1,32	101,79	1136,73	0,84	0,81	0,97
9.	2,50	1,39	102,06	1140,94	0,75	0,82	0,97
10.	2,52	1,30	102,03	1140,07	0,82	0,87	0,97
11.	2,85	1,48	101,70	1130,59	0,81	0,86	0,97
12.	2,76	1,40	101,79	1135,23	0,81	0,87	0,97
13.	2,80	1,37	101,76	1131,56	0,87	0,85	0,97
14.	2,92	1,36	101,64	1131,68	0,87	0,88	0,97
15.	2,73	1,77	101,83	1123,23	0,73	0,78	0,97
16.	2,95	1,57	101,60	1119,39	0,87	0,85	0,97
17.	3,71	1,82	100,85	1131,21	0,65	0,92	0,97
18.	3,66	1,86	100,89	1127,84	0,66	0,92	0,97
19.	1,62	1,23	102,93	1174,16	0,45	0,73	0,97
20.	2,55	1,68	102,01	1146,27	0,57	0,75	0,97
21.	3,41	1,55	101,14	1123,89	0,84	0,84	0,97
22.	3,76	1,71	100,80	1125,33	0,74	0,80	0,97
23.	2,94	1,34	101,62	1137,67	0,82	0,81	0,97
24.	3,00	1,58	101,55	1122,78	0,83	0,89	0,97
25.	3,03	1,73	101,52	1114,05	0,83	0,88	0,97
26.	2,60	1,59	101,95	1125,31	0,80	0,85	0,97
27.	3,15	1,12	101,41	1147,27	0,86	0,824	0,97
28.	3,41	1,17	101,15	1152,91	0,75	0,69	0,97
29.	3,43	1,60	101,12	1130,24	0,75	0,75	0,97
30.	3,99	1,61	100,56	1136,98	0,68	0,65	0,97

31.	4,19	1,07	100,36	1204,57	0,11	0,49	0,97
32.	2,23	0,81	102,32	1186,29	0,48	0,48	0,97
33.	3,85	0,85	100,71	1186,88	0,45	0,49	0,97
34.	3,13	1,14	101,42	1151,17	0,79	0,75	0,97

5.2. ANALIZA RZETELNOŚCI POSZCZEGÓLNYCH PODSKAL W TEŚCIE KFS

Poszczególne pozycje Kwestionariusza Funkcjonowania Seksualnego zostały przypisane do 7 określonych podskal (pożądanie, przyjemność, orgazm, uczucie podniecenia, podniecenie – lubrykacja, ból, partner) na podstawie przydzielenia pytań do analogicznych skal w amerykańskich badaniach walidacyjnych. Następnie 3 sędziów kompetentnych oceniło przyporządkowanie pytań do podskal na podstawie analizy treściowej poszczególnych pozycji. Na tej podstawie opracowano wstępne skale świadczące o konkretnych zmiennych badanych KFS (zmienne badane analogiczne do nazw podskal).

5.2.1. PODSKALA: POŻĄDANIE

Rzetelność podskali Pożądanie (8 pozycji) mierzona testem *alfa* Cronbacha na podstawie pozycji standaryzowanych wynosi 0,88.

Tabela 2. Statystyki pozycji dla podskali Pożądanie

Numer Pozycji	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji Ogółem	Kwadrat korelacji wielokrotnej	*alfa* Cronbacha po usunięciu pozycji
1.	3,37	1,01	19,45	37,20	0,80	0,71	0,84
2.	3,51	1,13	19,31	37,76	0,64	0,58	0,85
3.	3,31	1,05	19,51	37,53	0,73	0,63	0,84
4.	2,64	1,12	20,17	37,08	0,71	0,53	0,84
15.	2,73	1,77	20,09	31,37	0,68	0,54	0,86
19.	1,62	1,23	21,20	39,72	0,44	0,25	0,87
28.	2,23	0,81	20,59	42,75	0,44	0,28	0,87
32.	3,41	1,17	19,41	36,69	0,70	0,54	0,84

5.2.2. PODSKALA: PRZYJEMNOŚĆ

Rzetelność podskali Przyjemność (8 pozycji) mierzona testem *alfa* Cronbacha na podstawie pozycji standaryzowanych wynosi 0,91.

Tabela 3. Statystyki pozycji dla podskali Przyjemność

Numer Pozycji	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji Ogółem	Kwadrat korelacji wielokrotnej	*alfa* Cronbacha po usunięciu pozycji
6.	3,30	1,44	21,97	55,63	0,66	0,50	0,89
16.	2,95	1,57	22,32	51,20	0,81	0,69	0,88
20.	2,55	1,68	22,73	55,63	0,54	0,31	0,91
21.	3,41	1,55	21,86	51,19	0,82	0,71	0,88
23.	2,94	1,34	22,34	54,33	0,79	0,73	0,88
27.	3,15	1,12	22,13	56,61	0,83	0,75	0,88
33.	3,85	0,85	21,43	65,00	0,45	0,25	0,91
34.	3,13	1,14	22,14	57,33	0,77	0,67	0,88

5.2.3. PODSKALA: ORGAZM

Rzetelność podskali Orgazm (3 pozycje) mierzona testem *alfa* Cronbacha na podstawie pozycji standaryzowanych wynosi 0,95.

Tabela 4. Statystyki pozycji dla podskali Orgazm

Numer Pozycji	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji Ogółem	Kwadrat korelacji wielokrotnej	*alfa* Cronbacha po usunięciu pozycji
24.	3,00	1,58	5,64	10,40	0,91	0,83	0,93
25.	3,03	1,73	5,60	9,41	0,91	0,84	0,92
26.	2,60	1,59	6,03	10,45	0,89	0,80	0,94

5.2.4. PODSKALA: UCZUCIE PODNIECENIA

Rzetelność podskali Uczucie Podniecenia (6 pozycji) mierzona testem *alfa* Cronbacha na podstawie pozycji standaryzowanych wynosi 0,95.

Tabela 5.Statystyki pozycji dla podskali Uczucie Podniecenia

Numer Pozycji	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji Ogółem	Kwadrat korelacji wielokrotnej	*alfa* Cronbacha po usunięciu pozycji
7.	2,71	1,38	13,50	37,49	0,81	0,69	0,94
8.	1,76	1,32	13,45	37,70	0,84	0,74	0,94
9.	2,50	1,39	13,71	37,19	0,82	0,77	0,94
10.	2,52	1,30	13,69	37,89	0,85	0,79	0,94
13.	2,80	1,37	13,41	37,20	0,84	0,79	0,94
14.	2,92	1,36	13,29	36,78	0,88	0,837	0,93

5.2.5. PODSKALA: PODNIECENIE – LUBRYKACJA

Rzetelność podskali Podniecenie – Lubrykacja (3 pozycje) mierzona testem *alfa* Cronbacha na podstawie pozycji standaryzowanych wynosi 0,88.

Tabela 6. Statystyki pozycji dla podskali Podniecenie – Lubrykacja

Numer Pozycji	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji Ogółem	Kwadrat korelacji wielokrotnej	*alfa* Cronbacha po usunięciu pozycji
11.	2,85	1,48	6,20	7,35	0,85	0,83	0,76
12.	2,76	1,40	6,29	7,91	0,83	0,81	0,78
29.	3,43	1,60	5,62	7,95	0,65	0,43	0,94

5.2.6. PODSKALA: BÓL

Rzetelność podskali Ból (3 pozycje) mierzona testem *alfa* Cronbacha na podstawie pozycji standaryzowanych wynosi 0,92.

Tabela 7. Statystyki pozycji dla podskali Ból

Numer Pozycji	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji Ogółem	Kwadrat korelacji wielokrotnej	*alfa* Cronbacha po usunięciu pozycji
17.	3,71	1,82	7,42	11,25	0,90	0,87	0,85
18.	3,66	1,86	7,46	11,02	0,90	0,87	0,86
22.	3,76	1,71	7,37	13,16	0,76	0,59	0,96

5.2.7. PODSKALA: PARTNER

Rzetelność podskali Partner (2 pozycje) mierzona testem *alfa* Cronbacha na podstawie pozycji standaryzowanych wynosi 0,62.

Tabela 8. Statystyki pozycji dla podskali Partner

Numer Pozycji	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia skali po usunięciu pozycji	Wariancja skali po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji Ogółem	Kwadrat korelacji wielokrotnej	*alfa* Cronbacha po usunięciu pozycji
5.	3,26	1,18	3,99	2,61	0,45	0,20	.a
30.	3,99	1,61	3,26	1,40	0,45	0,20	.a

.a – Ujemna wartość wskutek ujemnej średniej kowariancji pomiędzy pozycjami. Narusza to założenia modelu rzetelności. Należy sprawdzić kodowanie pozycji.

W związku z wynikami badania testem *alfa* Cronbacha zauważono, że zasadnym byłoby usunięcie z KSF podskali Partner.

6. ANALIZA TRAFNOŚCI KFS

6.1. TRAFNOŚĆ TEORETYCZNA

Adekwatność doboru próby do badań adaptacyjnych potwierdzono metodą testu Kaisera-Mayera-Olkina (KMO). Miara KMO adekwatności doboru próby wynosi – 0,94 przy istotności $p<0,001$. Trafność teoretyczną równą

0,94 oszacowaną na podstawie tego wskaźnika uznaje się według standardów statystycznych za bardzo wysoką.

Trafność teoretyczną oszacowano metodą wyodrębniania czynników – Głównych Składowych z rotacją Varimax z normalizacją Kaisera.

Tabela 9. Macierz rotowanych składowych KFS

Numer pozycji	Składowa						
	1	2	3	4	5	6	7
11	**0,76**	0,34	0,18	0,24	0,21	0,07	- 0,01
12	**0,76**	0,36	0,20	0,20	0,22	0,07	- 0,03
9	**0,76**	0,11	0,17	0,21	0,12	0,33	0,15
10	**0,72**	0,20	0,21	0,33	0,17	0,24	0,07
7	**0,68**	0,13	0,35	0,20	0,15	0,13	0,25
14	**0,67**	0,40	0,29	0,20	0,24	0,21	0,06
8	**0,62**	0,33	0,27	0,24	0,29	0,14	0,19
13	**0,62**	0,38	0,33	0,22	0,22	0,21	0,14
21	**0,50**	0,37	0,19	0,45	0,37	0,21	- 0,03
27	**0,48**	0,37	0,34	0,44	0,16	0,11	0,24
18	0,23	**0,87**	0,09	0,17	- 0,01	0,05	0,17
17	0,24	**0,86**	0,05	0,14	0,02	0,05	0,20
22	0,31	**0,77**	0,11	0,19	0,29	0,14	0,00
16	0,46	**0,53**	0,41	0,33	0,09	0,08	0,20
30	0,12	**0,52**	0,15	0,39	0,48	0,09	0,11
23	0,43	**0,49**	0,21	0,39	0,15	0,23	0,14
3	0,13	0,16	**0,81**	0,24	0,07	0,17	0,10
1	0,32	0,07	**0,75**	0,02	0,23	0,26	0,20
2	0,13	0,11	**0,70**	0,13	0,48	0,07	0,05
33	0,27	- 0,06	**0,65**	0,20	0,05	0,14	- 0,21
4	0,29	0,28	**0,55**	0,11	0,29	0,07	0,23
28	0,38	0,35	**0,50**	0,17	0,23	0,13	0,16
15	0,40	0,40	**0,43**	0,17	- 0,08	0,20	0,41
25	0,46	0,29	0,29	**0,65**	0,15	0,09	0,09
24	0,50	0,31	0,27	**0,64**	0,03	0,10	0,16
26	0,52	0,24	0,26	**0,64**	0,03	0,10	0,15
29	0,27	0,50	0,10	**0,54**	0,31	0,19	0,00

34	0,33	0,32	0,28	**0,52**	0,21	0,12	0,37
5	0,37	0,06	0,31	0,00	**0,69**	0,10	0,25
6	0,38	0,14	0,35	0,22	**0,68**	0,02	0,06
19	0,19	0,09	0,17	0,07	0,03	**0,90**	0,05
20	0,25	0,14	0,26	0,15	0,10	**0,81**	0,05
32	0,11	0,26	0,08	0,16	0,19	0,05	**0,81**

6.2. TRAFNOŚĆ DIAGNOSTYCZNA

Trafność diagnostyczną KFS sprawdzono z wykorzystaniem testu Mell-Krat (wersja dla kobiet) badającego jakość życia seksualnego i wskazującego na występowanie zaburzeń seksualnych.

Rozkład wyników według statystyk opisowych nie jest normalny (skośność ujemna) i zastosowano współczynnik korelacji rho – Spearmana, który wynosi rho=0,62, przy istotności $p<0,001$ (jednostronnie). Taki wynik oznacza silną korelację między oboma testami (tzn. badają takie same lub podobne zmienne w podobny sposób).

7. INTERPRETACJA UZYSKANYCH WYNIKÓW, UWAGI KOŃCOWE

7.1. RZETELNOŚĆ POSZCZEGÓLNYCH PYTAŃ I PODSKAL

Największe wątpliwości podczas analizowania wyników rzetelności pozycji testowych wzbudziło pytanie numer 31, przyporządkowane przez sędziów kompetentnych do podskali „Partner" – „Gdy myśli Pani o ostatnich 4 tygodniach, jak bardzo martwiła się Pani negatywnymi uczuciami partnera odnośnie do waszego życia seksualnego (np.: czy partner czuł się zły, zraniony, odrzucony)?". Pozycja ta uzyskała wynik równy 0,11 w korelacji pozycji z ogółem puli pytań, co oznacza słaby poziom zależności. W związku z tym zasadnym byłoby usunięcie pozycji z kwestionariusza, również w porównaniu do wyników korelacji innych pozycji z ogółem, które wykazują silną zależność.

Analiza rzetelności poszczególnych podskal wskazuje również na potrzebę zrezygnowania nie tylko z wymienionej wcześniej pozycji 31, ale również z całej podskali, do której ta pozycja została treściowo przyporządkowana – podskali Partner. Rzetelność całej podskali mierzona testem *alfa* Cron-

bacha na podstawie pozycji standaryzowanych wyniosła 0,62, co wskazuje na silną zależność (jednak najmniejszą ze wszystkich podskal). Dodatkowo podczas analizy testem *alfa* Cronbacha po usunięciu dowolnej z 2 pozycji w podskali wystąpiła „ujemna wartość wskutek ujemnej średniej kowariancji pomiędzy pozycjami, co narusza założenia modelu rzetelności". W rezultacie przeprowadzonej analizy czynnikowej oraz ponownej analizy treściowej zasadnym wydaje się przyporządkowanie tych pozycji (5 oraz 30) do innych podskal. Szerzej opisano tą zmianę w dalszej części rozdziału.

Poszczególne zmienne będące zarazem podskalami w teście wykazały wysoką rzetelność (wszystkie skale mierzone testem *alfa* Cronbacha na podstawie pozycji standaryzowanych):

1. Podskala Pożądanie, złożona z 8 pozycji – 0,88 (silna zależność)
2. Podskala Przyjemność, złożona z 8 pozycji – 0,91 (bardzo silna zależność)
3. Podskala Orgazm, złożona z 3 pozycji – 0,96 (bardzo silna zależność)
4. Podskala Uczucie Podniecenia, złożona z 6 pozycji – 0,95 (bardzo silna zależność)
5. Podskala Podniecenie – Lubrykacja, złożona z 3 pozycji – 0,88 (silna zależność)
6. Podskala Ból, złożona z 3 pozycji – 0,93 (bardzo silna zależność)
7. Podskala Partner, złożona z 2 pozycji – 0,62 (silna zależność)

Powyższe wyniki świadczą o dobrym dopasowaniu pozycji do podsskal oraz o wysokim stopniu, w jakim wynik w danej podskali odzwierciedla poziom mierzonej zmiennej, z nikłym wpływem czynników losowych na ten wynik.

7.2. TRAFNOŚĆ KWESTIONARIUSZA

Trafność teoretyczną oszacowano przy pomocy analizy czynnikowej. Uzyskano trafność równą 0,94, co według standardów statystycznych uznaje się za bardzo wysoką. Trafność diagnostyczną oszacowano natomiast przy pomocy procedury korelacji testu KFS z testem Mell – Krat. Współczynnik korelacji rho – Spearmana rho=0,62 przy istotności $p<0,001$ (jednostronnie) wskazuje na silną korelację między oboma testami – oba kwestionariusze badają takie same zmienne lub badają je w podobny sposób. Taki wynik oznacza, że prawdopodobieństwo postawienia wstępnej prawidłowej

diagnozy tylko na podstawie testu jest na tyle wysokie, że można stosować go w diagnostyce zaburzeń seksualnych.

7.3. PRZYPORZĄDKOWANIE POZYCJI DO SKAL NA PODSTAWIE ANALIZY CZYNNIKOWEJ

Według wyników uzyskanych w procesie analizy czynnikowej powinien zostać zmieniony rozkład pytań w poszczególnych podskalach, jak również niektóre podskale powinny zostać zastąpione przez inne (nazwy nowych skal opracowane na podstawie analizy treściowej pozycji). Oto jaki powinien być rozkład pozycji w poszczególnych podskalach, oraz jakie podskale wyodrębniono uwzględniając analizę czynnikową i analizę treściową:

1. Podskala Podniecenie: pytania 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 21, 27;
2. Podskala Ból i Dyskomfort: pytania 16, 17, 18, 22, 23, 30;
3. Podskala Pożądanie: pytania 1, 2, 3, 4, 15, 28, 33;
4. Podskala Orgazm i Satysfakcja Seksualna: pytania 24, 25, 26, 29, 34;
5. Podskala Partner: pytania 5, 6;
6. Podskala Aktywność Seksualna bez Penetracji: pytania 19, 20;
7. Podskala Częstotliwość Aktywności Seksualnej: pytanie 32.

Według analizy treściowej pozycji taki rozkład pytań pasuje do podskal; szczególnie interesujące jest wyodrębnienie szóstej podskali – Aktywność Seksualna bez Penetracji. Za jej zasadnością i adekwatnością mogą przemawiać wyniki Raportu Seksualności Polaków 2002 (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, 2002). W wyniku badań poprzedzających ten Raport, jego autorzy stwierdzili, iż co czwarta kobieta w Polsce ujawnia negatywne uczucia związane z aktywnością masturbacyjną. Ponieważ pytania 19 i 20, które tworzą tą podskalę dotyczą również tego rodzaju aktywności seksualnej, może to świadczyć o potwierdzeniu wyniku badań wyżej wymienionych autorów.

7.4. WNIOSKI NA PODSTAWIE PORÓWNAŃ Z BADANIAMI ADAPTACYJNYMI Z IRANU ORAZ WALIDACYJNYMI ZE STANÓW ZJEDNOCZONYCH

Porównując wyniki uzyskane w badaniach adaptacyjnych na populacji polskiej z badaniami walidacyjnymi na odmiennych kulturowo populacjach można ocenić wartości statystyczne uzyskane w Polsce za podobne. Zarów-

no w Iranie, jak i w Stanach Zjednoczonych, stosowano w badaniach wersję krótszą testu, tzn. SFQ – V2 (składającą się z 26 pozycji, oraz 7 podskal: Pożądanie, Podniecenie, Lubrykacja, Orgazm, Przyjemność, Ból, Relacja z Partnerem). Wersja V2 składa się z następujących pozycji (wymieniamy w kolejności wersji 34 – pozycyjnej): 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31. Stosowano krótszą wersję ze względu na wyniki uzyskane w rezultacie analizy czynnikowej po wstępnych badaniach dłuższą wersją. Biorąc pod uwagę rezultaty uzyskane w badaniu na polskiej populacji taka decyzja wydaje się jak najbardziej zasadna i również można zarekomendować używanie w Polsce wersji V2, albo opracowanie nowych pozycji testowych na podstawie KFS (czyli tak naprawdę opracowanie nowego testu).

W wyniku analizy statystycznej, na podstawie badań przeprowadzonych na amerykańskiej populacji również (tak jak w Polsce), odrzucono kategorię Relacji z Partnerem – jej wartości statystyczne na poziomie od 0,33 do 0,65 uznano za zbyt niskie, by rozpatrywać je jako istotne. Rzetelność innych skal oszacowano na poziomie od 0,71 do 0,91, co stanowi wartości porównywalne do tych uzyskanych w wyniku badania na polskiej populacji. Podobnie jak w Polsce, co może wydać się zaskakujące, w Iranie wyodrębniono w wyniku badań podskalę Aktywności Seksualnej bez Penetracji – z tą różnicą, że nazwano ją Nietypowymi Zachowaniami Seksualnymi. Jeżeli chodzi o populację polską, wyjaśniano już wcześniej przyczynę takiej sytuacji, jeśli zaś chodzi o Iran, przyczyną mogą być przekonania religijne badanych (jak wiadomo Islam zabrania tego rodzaju aktywności seksualnej, zwłaszcza kobietom) – ok. 72% kobiet biorących udział w badaniu zaznaczyło brak takiej aktywności. Wartości statystyczne uzyskane w wyniku badań przeprowadzonych w Iranie oszacowano na podobnym poziomie jak te uzyskane na populacji amerykańskiej.

7.5. UWAGI NA TEMAT STOSOWANIA KFS

Na podstawie badań adaptacyjnych przeprowadzonych w Polsce można stwierdzić, że należałoby przeprowadzić dodatkowe analizy, zanim rozpocznie się stosowanie Kwestionariusza Funkcjonowania Seksualnego czy to na potrzeby diagnostyki, czy też prac badawczych. Dobrym rozwiązaniem wydaje się zastosowanie testu w wersji V2, jednak należałoby przeprowadzić

dodatkowe badania w celu oszacowania jego właściwości psychometrycznych. Pewnym jest, że nie należy stosować tego testu, niezależnie od wersji, na populacji kobiet hospitalizowanych dłużej niż 3 tygodnie w momencie badania. Ponieważ test dotyczy tylko i wyłącznie ostatnich 4 tygodni życia, udzielone odpowiedzi będą niediagnostyczne, a mogą powodować dodatkowy stres i frustrację u kobiet badanych.

BIBLIOGRAFIA

Anastasi, A., Urbina S. (1999). *Testy psychologiczne.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Anolis, A. J., Dumas, M., Viigimaa, M., Narkiewicz, K. (2007). Nadciśnienie tętnicze a zaburzenia funkcji seksualnych. *Choroby Serca i Naczyń*, *2*, 65-69.

Barchnicka, A. (2008). *Zaburzenia funkcji seksualnych i płodności u chorych na nowotwory*.[Onlinehttp://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/7797_zaburzenia_funkcji_seksualnych.html [2009, Mai 18].

Bilikiewicz, A. (2007). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Brzeziński, J. (2004). *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Brzeziński, J. (2005). *Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Wybór tekstów.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Enzlin, P., Rosen, R.C., Wiegel, M., Brown, J., Wessells, H., Gatcomb, P., Rutledge, B., Chan, K., Cleary, P.A. (2009), Sexual Dysfunction in Women With Type 1 Diabetes. Long-term findings from the DCCT/ EDIC study cohort. *Diabetes Care,* 32, 780-781.

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

Hornowska, E. (2001). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Jakima, S., Murawiec, S. (2008). Problemy seksualne w schizofrenii. *Seksuologia Polska, 2*, 83-90.

Jodko, A., Głowacz, J., Kokoszka, A. (2008). Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych. *Seksuologia Polska, 1*, 26-32.

Khademi, A., Alleyassin, A., Agha-hosseini, M., Dadras, N., Roodsari, A. A., Tabatabaeefar, L., Amini, M. (2006). Psychometric properties of Sexual Function Questionnaire: evaluation of an Iranian sample. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, *1,* 23-28.

Leiblum, S.R., Rosen, R.C. (2005). *Terapia zaburzeń seksualnych.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Lew-Starowicz, Z. (2005). Zaburzenia seksualne w depresjach. *Medipress Medical Update, 2,* 11-12. [Online http://medipress.pl/pdf/Psychiatria/024.pdf [2009, Maj 1].

Lew-Starowicz, Z., Lew-Starowicz, M. (2002). Seksualność Polek. Raport „Seksualność Polaków 2002". *Przegląd Menopauzalny*, *4*, 64-73.

Lew-Starowicz, Z. (2001). *Encyklopedia erotyki.* Warszawa: Muza S.A.

Lew-Starowicz, Z. (1999). *Miłość i seks. Słownik encyklopedyczny.* Wrocław: Wydawnictwo Europa.

Lew-Starowicz, Z. (1991). *Leczenie nerwic seksualnych.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Quirk, F. H., Haughie, S., Symonds, T. (2005). The Use of the Sexual Function Questionnaire as a Screening Tool for Women with Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 4,* 469-477.

Quirk, F.H., Heiman, J.R., Rosen, R.C., Laan, E., Smith, M.D., Boolell, M. (2002). Development of a Sexual Function Questionnaire for Clinical Trials of Female Sexual Dysfunction. *Journal of Women`s Health & Gender-Based Medicine, 11*, 277-289.

Radomski, D., Jarząbek, G., Pawlaczyk, M., Friebe, Z. (2006). Występowanie dyspareunii u kobiet z endometriozą. *Seksuologia Polska, 1,* 13-15.

Rembek, M., Tylkowski, M., Piestrzeniewicz, K., Goch, J. H. (2007). Problemy związane z aktywnością seksualną chorych kardiologicznych. *Polski Merkuriusz Lekarski, 134,* 151-154.

Skrzypulec, V., Nowosielski, K., Drosdzol, A., Kowalczyk, R. (2005). Zaburzenia seksualne w wybranych endokrynopatiach. *Endokrynologia Polska, 6*, 964-969.

Wciórka, J., Pużyński, S. (red.), (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Kraków: Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius".

Wciórka, J. (red.) (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Zawadzki, B. (2006). *Kwestionariusze osobowości. Strategie i procedura konstruowania.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Zaborski, J., Darda-Ledzion, L. (2005). Zaburzenia czynności płciowych u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. *Farmakoterapia wPsychiatrii i Neurologii, 3,* 273-278.

Zdrojewicz, Z., Lelkowska, K. (2006). Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych. *Seksuologia Polska*, *2*, 69-79.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1. Fragmenty Kwestionariusza Funkcjonowania Seksualnego (wersja dla kobiet)

Sekcja 1 : Aktywność Seksualna

Poniższe pytania dotyczą Pani aktywności seksualnej w przeciągu ostatnich 4 tygodni. Proszę odpowiedzieć na każde pytanie, zakreślając jeden kwadracik krzyżykiem. Jeżeli nie jest Pani pewna, jak odpowiedzieć, proszę odpowiedzieć najlepiej, jak Pani potrafi.

Przy odpowiadaniu na poniższe pytania następujące definicje odnoszą się do:

Aktywność Seksualna – zawiera w sobie jakąkolwiek aktywność, która może skutkować seksualną stymulacją lub seksualną przyjemnością, np. stosunek seksualny, pieszczoty, gra wstępna, masturbacja (t.j. masturbowanie siebie, jak i masturbowanie Pani przez partnera), oraz seks oralny (t.j. partner pieści Panią oralnie).

Wagina/okolica genitalna – narządy płciowe kobiece, na które składają się wargi sromowe mniejsze, wargi sromowe większe, łechtaczka, pochwa.

1. W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często miała Pani przyjemne myśli i uczucia związane z aktywnością seksualną?

☐ Wcale
☐ Rzadko
☐ Czasami
☐ Często
☐ Bardzo często

2. W ciągu ostatnich czterech tygodni, jak często chciała być Pani czule dotykana i pieszczona przez partnera?
 Wcale
 Rzadko
 Czasami
 Często
 Bardzo często

3. W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często chciała brać Pani udział w aktywności seksualnej?
 Wcale
 Rzadko
 Czasami
 Często
 Bardzo często

4. W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często inicjowała Pani aktywność seksualną ze swoim partnerem?
 Wcale
 Rzadko
 Czasami
 Często
 Bardzo często

5. W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często była Pani czule dotykana i pieszczona przez partnera?
 Wcale
 Rzadko
 Czasami
 Często
 Bardzo często

6. W ciągu ostatnich 4 tygodni, uogólniając, jak przyjemne było dla Pani czułe dotykanie i pieszczenie Pani przez partnera?
 Nie byłam dotykana ani pieszczona
 Nie było przyjemne

 Nieznacznie przyjemne
 Umiarkowanie przyjemne
 Bardzo przyjemne
 Niezmiernie przyjemne

7. W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często miała pani uczucie „ciepła" w swojej waginie/okolicy genitalnej, kiedy brała Pani udział w aktywności seksualnej?
 Nie brałam udziału w aktywności seksualnej
 Wcale
 Czasami
 Często
 Bardzo często
 Za każdym razem

8. W ciągu ostatnich 4 tygodni, uogólniając, jak dużo „ciepła" odczuwała Pani w swojej waginie/okolicy genitalnej, kiedy brała Pani udział w aktywności seksualnej?
 Nie brałam udziału w aktywności seksualnej
 Nic
 Nieznacznie „ciepło"
 Umiarkowanie „ciepło"
 Bardzo „ciepło"
 Niezmiernie „ciepło"

9. W ciągu ostatnich 4 tygodni, jak często miała Pani wrażenie „pulsowania" („łaskotania") w swojej waginie/okolicy genitalnej, kiedy brała Pani udział w aktywności seksualnej?
 Nie brałam udziału w aktywności seksualnej
 Wcale
 Czasami
 Często
 Bardzo często
 Za każdym razem

Sekcja 2: Życie Seksualne

Poniższe pytania dotyczą Pani życia seksualnego w przeciągu ostatnich 4 tygodni. Proszę odpowiedzieć na każde pytanie, zakreślając jeden kwadracik krzyżykiem. Jeżeli nie jest Pani pewna, jak odpowiedzieć, proszę odpowiedzieć najlepiej, jak Pani potrafi.

Poniższe pytania odnoszą się zarówno do pozytywnych, jak i negatywnych spostrzeżeń odnośnie Pani życia seksualnego.

Przy odpowiadaniu na poniższe pytania następująca definicja „życia seksualnego" odnosi się do:

Życie Seksualne – zarówno fizyczna, seksualna aktywność, jak i emocjonalno-seksualny związek, jaki ma Pani z partnerem.

10. Gdy myśli Pani o swoim życiu seksualnym z ostatnich 4 tygodni, jak często oczekiwała Pani z radością aktywności seksualnej?

☐ Wcale
☐ Rzadko
☐ Czasem
☐ Często
☐ Bardzo często

11. Gdy myśli Pani o swoim życiu seksualnym z ostatnich 4 tygodni, czy czuła się Pani rozczarowana swoimi seksualnymi reakcjami (np. zdolnością do bycia podnieconą, nawilżeniem pochwy)?

☐ Nie brałam udziału w aktywności seksualnej
☐ Wcale
☐ Nieznacznie
☐ Umiarkowanie
☐ Bardzo
☐ Niezmiernie

12. Gdy myśli Pani o ostatnich 4 tygodniach, jak bardzo martwiła się Pani, że Pani partner może szukać innego związku seksualnego z powodu problemów w waszym życiu seksualnym?

☐ Nie brałam udziału w aktywności seksualnej
☐ Wcale
☐ Nieznacznie

 Umiarkowanie
 Bardzo
 Niezmiernie

13. Gdy myśli Pani o ostatnich 4 tygodniach, jak bardzo martwiła się Pani negatywnymi uczuciami partnera odnośnie waszego życia seksualnego (np. czy partner czuł się zły, zraniony, odrzucony)?
 Wcale
 Nieznacznie
 Umiarkowanie
 Bardzo
 Niezmiernie

14. Gdy myśli Pani o swoim życiu seksualnym z ostatnich 4 tygodni, jak czuje się Pani w związku z częstotliwością Pani aktywności seksualnej?
 Dużo mniejsza niż bym pragnęła
 Trochę mniejsza niż bym pragnęła
 W sam raz dla mnie
 Trochę większa niż bym pragnęła
 Dużo większa niż bym pragnęła

15. Uogólniając, jak ważna jest dla Pani zdolność do odczuwania przyjemności w życiu seksualnym?
 Wcale
 Nieznacznie
 Umiarkowanie
 Bardzo
 Niezmiernie