

The Chinese Version of the Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual  
Questionnaire IUGA-Revised (PISQ-IR)

中文版骨盆腔脫垂與尿失禁患者性功能評估問卷

問題 1: 下列敘述何者最符合你的性生活狀況？

- 完全無性生活：請回答問題 2，無性生活部分
- 有性生活 (不論有性伴侶或無性伴侶)：請跳到問題 7，有性生活部分

第一部份：影響妳決定不過性生活的因素？

問題 2: 下列何者可能為你目前沒有性生活的原因？請對下列各敘述原因，選擇同意或是不同意之強度？

	非常同意	有點同意	有點不同意	非常不同意
(a) 無性伴侶	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(b) 沒興趣	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(c) 因為有尿失禁、大便失禁、或是因為陰道脫垂	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(d) 其他健康因素	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(e) 疼痛	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

問題 3: 有多害怕會因為尿失禁或大便失禁或陰道膨出(無論是膀胱、直腸或陰道脫垂)，而使您避免或限制了性生活？

	完全不會	一點點	有些	非常會
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

問題 4: 請圈選(依程度 1 -5 個分級)表達你對性生活的感覺程度

(a) 滿意	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	不滿意
(b) 足夠	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	不足夠

問題 5: 對下列敘述同意嗎？

	非常同意	有點同意	有點不同意	非常不同意
(a) 對沒有性生活感到沮喪	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(b) 覺得是因	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

為失禁或下垂造成性生活低下				
(c) 對於失禁或下垂造成的影響覺得生氣	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

問題 6. 整體而言，對於沒有性生活的感到困擾的程度？

	完全不會	一點點	有些	非常會
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

針對無性生活的問題，到此結束

第二部份: 性生活

以下的問題，是平時不常被詢問的問題。你的答案是保密的，不會與你的醫療服務提供者分享。請誠實並清楚的回答。

問題 7. 當你在性行為時會有興奮的感覺嗎？

	從來沒有	很少	有時候	常有	都會有
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問題 8. 在性行為時，時常會有以下這些感覺嗎？

	從來沒有	很少	有時候	常有	都會有
(a) 滿足感	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(b) 羞恥	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
(c) 害怕	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問題 9. 在不論何種性行為時，會有小便(或是大便)失禁的問題嗎？

	從來沒有	很少	有時候	常有	都會有
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問題 10. 與過去達到高潮比較起來，最近高潮的強度？

	非常不強烈	比較不強烈	一樣強烈	比較強烈	更加強烈
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問題 11. 性交時會覺得疼痛嗎？(如果您沒有性交的行為，請在此勾選此  空格並跳至下一個問題回答)

	從來沒有	很少	有時候	常有	都會有
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問題12. 您有性伴侶嗎

有 <input type="checkbox"/> 1 請回答問題13	沒有 <input type="checkbox"/> 2 請回答問題15
--	---

問題 13. 伴侶可能有缺少性衝動、性需求，或是勃起障礙，而限制你的性生活嗎？

	總是會	大部分會	偶爾會	不會
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

問題 14. 概括而言，覺得伴侶對你性生活的影響？

	非常正面	有些正面	有些負面	非常負面
(a) 需求	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(b) 行房頻率	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

問題 15. 當你在性行為時，會時常覺得想要得更多嗎？

	從來沒有	很少	有時候	常有	都會有
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問題 16. 感覺到性需求的頻率為何？(這包括想要行房、有性的想法或性幻想)

	每天	每週	每個月	超過一個月	沒有
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問題 17. 請評估你的性需求或興趣的程度

	非常高	高	中等	低	非常低
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

問題 18. 有多害怕會尿失禁或大便失禁或陰道膨出(無論是膀胱、直腸或陰道脫垂)，而使您避免性生活？

	完全不會	一點點	有些	非常會
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

問題 19. 請圈選(依程度1 -5個分級)最能代表你對性生活的感覺

(a) 滿意	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	不滿意
(b) 足夠	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	不足夠
(c) 自信	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	沒有自信

問題 20. 你同意以下的敘述嗎？

	非常同意	有點同意	有點不同意	非常不同意
(a) 性生活感到挫折	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(b) 性生活低下是因為失禁或是下垂造成的	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(c) 性生活是尷尬的	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
(d) 對失禁或下垂造成性生活的影響感到生氣	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4