

PISQ-R Fragebogen

Erkrankungen des weiblichen Genitals und der Harnblase können alle Lebensbereiche betroffener Frauen beeinflussen- auch die Sexualität. Wir sind daran interessiert zu erfahren, wie sich die Beschwerden auswirken, bzw. was durch Therapien verbessert werden kann. Wir würden Sie daher bitten uns einige Fragen über Ihr derzeitiges Sexualleben zu beantworten - alle Antworten werden natürlich vertraulich behandelt!

F1 Was im Folgenden beschreibt Sie am besten:

- Überhaupt nicht sexuell aktiv 1 → Gehen Sie zu F2 – Abschnitt nicht sexuell aktiv
- Sexuell aktiv mit oder ohne Partner 2 → Gehen Sie zu F7 – Abschnitt sexuell aktiv
mit oder ohne Geschlechtsverkehr

Abschnitt sexuell nicht aktiv

F2 Im Folgenden sind Gründe angeführt, warum Sie nicht sexuell aktiv sind. Geben Sie bitte an inwieweit die Gründe für Sie zutreffen.

	STIMME SEHR ZU	STIMME ETWAS ZU	STIMME EHER NICHT ZU	STIMME ÜBERHAUPT NICHT ZU
a Kein Partner	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b Kein Interesse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c Wegen Harn- oder Stuhlverlust oder wegen Senkung	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
d Wegen meiner anderen Gesundheitsprobleme	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
e Schmerzen	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

F3 Vermeiden Sie sexuelle Aktivität auch aus Angst vor Harn oder Stuhlverlust bzw. aufgrund eines Senkungsgefühls in der Scheide?

- 1 Überhaupt nicht
2 Ein bisschen
3 Etwas
4 Sehr

F4 Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu (nicht zu)

	STIMME SEHR ZU	STIMME ZIEMLICH ZU	STIMME MÄßIG ZU	STIMME EHER NICHT ZU	STIMME ÜBERHAUPT NICHT ZU
a. Ich bin mit meinem Sexualleben zufrieden	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. Ich empfinde mein Sexualleben passend für mein Alter und meine Lebensumstände	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

F5 Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu (nicht zu)

	STIMME SEHR ZU	STIMME ETWAS ZU	STIMME EHER NICHT ZU	STIMME ÜBERHAUPT NICHT ZU
a. Mein Sexualleben frustriert mich	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b. Ich fühle mich wegen des Harnverlustes und/oder meiner Senkung sexuell benachteiligt	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c. Ich ärgere mich, weil der Harnverlust und/oder die Senkung mein Sexualleben beeinflussen.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

F6 Wie sehr stört es Sie, dass Sie nicht sexuell aktiv sind?

- 1 Überhaupt nicht
- 2 Ein bisschen
- 3 Etwas
- 4 Sehr

Ende des Abschnittes Sexuell nicht aktiv

Abschnitt sexuell aktiv

F7 Wie oft fühlen Sie sich während sexueller Aktivität erregt (körperlich oder gefühlsmäßig)?

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Meistens
- 5 Fast immer

F8 Wenn Sie sexuell aktiv sind, wie oft haben Sie folgende Gefühle?

	NIE	SELTEN	MANCHMAL	OFT	FAST IMMER
a. Befriedigung	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. Scham	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d. Angst	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

F9 Wie oft verlieren Sie Harn und/oder Stuhl bei irgendeiner sexuellen Aktivität?

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Oft
- 5 Fast immer

F10 Verglichen mit sexuellen Höhepunkten, die Sie in der Vergangenheit hatten, wie intensiv sind Ihre sexuellen Höhepunkte jetzt?

- 1 Viel weniger intensiv
- 2 Weniger intensiv
- 3 Gleich intensiv
- 4 Intensiver
- 5 Viel intensiver

F11 Wie oft haben Sie beim Geschlechtsverkehr Schmerzen? (Wenn Sie keinen Geschlechtsverkehr haben kreuzen Sie dieses Kästchen an und gehen Sie zur nächsten Frage weiter)

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Oft
- 5 Immer

F12 Haben Sie einen Sexualpartner/eine Sexualpartnerin?

- 1 Ja → Weiter mit F 13
- 2 Nein → Weiter mit F15

F13 Wie oft hat Ihr Partner/Ihre Partnerin ein Problem (Mangel an Erregung, Bedürfnis, Erektion, etc.), das Ihre sexuelle Aktivität einschränkt?

- 1 Immer
- 2 Meistens
- 3 Manchmal
- 4 Fast nie/selten

F14 Würden Sie sagen, dass Ihr Partner/Ihre Partnerin im Allgemeinen einen positiven oder negativen Einfluss auf folgenden Bereich hat?

	SEHR POSITIV	EHER POSITIV	EHER NEGATIV	SEHR NEGATIV
a. Auf Ihre sexuelle Lust	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b. Auf die Häufigkeit Ihrer sexuellen Aktivität	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

F15 Wenn Sie sexuell aktiv sind, wie oft haben Sie das Gefühl, dass Sie mehr möchten?

- 1 Nie
- 2 Selten
- 3 Manchmal
- 4 Oft
- 5 Immer

F16 Wie häufig haben Sie ein sexuelles Verlangen (das kann Wunsch nach Geschlechtsverkehr, sexuelle Gedanken oder Fantasien etc. einschließen)?

- 1 Täglich
- 2 Wöchentlich
- 3 Monatlich
- 4 Weniger als einmal im Monat
- 5 Nie

F17 Wie würden Sie den Grad Ihres sexuellen Bedürfnisses oder Interesses beurteilen?

- 1 Sehr hoch
- 2 Hoch
- 3 Mäßig
- 4 Niedrig
- 5 Sehr niedrig oder gar nicht vorhanden

F18 Vermeiden Sie sexuelle Aktivität aus Angst vor Harn oder Stuhlverlust bzw. aufgrund eines Senkungsgefühls in der Scheide?

- 1 Überhaupt nicht
- 2 Wenig
- 3 Etwas
- 4 Sehr

F 19 Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu (nicht zu)?

	STIMME SEHR ZU	STIMME ZIEMLICH ZU	STIMME MÄßIG ZU	STIMME EHER NICHT ZU	STIMME ÜBERHAUPT NICHT ZU
a. Ich bin mit meinem Sexualleben zufrieden	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. Ich empfinde mein Sexualleben passend für mein Alter und meine Lebensumstände	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. Ich fühle mich in meinem Sexualleben sicher und zuversichtlich	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

F20 Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu (nicht zu)?

	STIMME SEHR ZU	STIMME ETWAS ZU	STIMME EHER NICHT ZU	STIMME ÜBERHAUPT NICHT ZU
a. Mein Sexualleben frustriert mich	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b. Ich fühle mich wegen des Harnverlustes und/oder meiner Senkung sexuell benachteiligt	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c. Mein Sexualleben ist mir unangenehm	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
d. Ich ärgere mich, weil der Harnverlust und/oder die Senkung mein Sexualleben beeinflussen	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Herzlichen Dank!