

Quality of Sexual Function (QSF) Scale

Mit zunehmendem Lebensalter treten meist kleinere oder größere Probleme oder gar Beschwerden auf. Dieser erste Teil des Fragebogens beschäftigt sich mit dem Älterwerden bei Frauen wie Männern – selbst wenn jetzt noch jung.

Welche der folgenden Feststellungen beschreiben Ihre persönliche Situation, wenn Sie den letzten Monat betrachten?

Bitte kreuzen Sie für jede der Feststellungen an, ob dies für Sie zutrifft und wenn ja wie stark Sie sich beeinträchtigt fühlten. Wenn etwas für Sie überhaupt nicht zutrifft, dann kreuzen Sie bitte „NEIN“ an.

A. Jetzt folgt eine Liste von einigen allgemeinen Beeinträchtigungen/Beschwerden. Bitte kreuzen Sie für **alle** Feststellungen an, ob sie für Sie zutreffen und – wenn zutreffend - wie stark Sie sich Sie dadurch beeinträchtigt fühlen.

Beschreibung von Beeinträchtigungen / Beschwerden	Intensität/Schweregrad				
	NEIN, nicht	Wenig	Mittel	Stark	Sehr stark
Code	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Das allgemeine Wohlbefinden hat sich verschlechtert (körperlich oder psychisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schmerzen im Brustkorb sind aufgetreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich leide unter Herzbeschwerden in Ruhe (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe manchmal Gelenk- und Muskelbeschwerden (Kreuz-, Gelenk-, Glieder-, oder Rückenschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es treten überraschende Anfälle von Schwitzen auf, manchmal auch nachts (ohne vorherige körperliche oder psychische Belastung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich leide unter Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe manchmal Schlafstörungen (Einschlaf-, oder Durchschlafstörungen, schlechte Schlafqualität, Schlaflosigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Reizbarkeit und Nervosität haben zugenommen (Spannungsgefühl, innere Unruhe, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, Aggressivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bin manchmal in depressiver Stimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich fühle manchmal körperliche Erschöpfung, Nachlassen der Tatkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gedächtnis und Konzentration haben nachgelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Meine Muskelkraft hat deutlich nachgelassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Probleme beim Wasserlassen treten manchmal auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Viele Menschen sind mit ihren sexuellen Beziehungen allgemein bzw. Geschlechtsverkehr speziell nicht zufrieden. Deshalb möchten wir noch für einige intimere Fragen stellen und Sie bitten durch Ankreuzen Ihre gegenwärtige Situation, Ihre Wünsche oder Probleme mitzuteilen. Diese Fragen beziehen sich auf den letzten Monat.

Wenn Sie antworten, dann bitte ganz offen und ehrlich - dieser Fragebogen wird ganz vertraulich behandelt. Wenn Sie jedoch unerwartet nicht bereit sind diese Fragen zu beantworten, dann lassen sie den nachfolgenden Teil frei und gehen direkt zu den letzten Fragen weiter.

Sexuellen Funktion	Intensität/Schweregrad					
	Kein Partner	NEIN	Wenig	Mittel	Stark	Sehr stark
Code	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Sind Sie selbst mit dem gemeinsamen sexuellen Leben unzufrieden ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ist Ihr Partner mit dem gemeinsamen sexuellen Leben unzufrieden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Empfinden Sie persönlich Schmerzen oder andere Probleme beim Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Empfindet Ihr Partner Schmerzen oder andere Probleme beim Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wünschen Sie sich häufigere sexuelle Kontakte?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wünscht sich Ihr Partner häufiger Geschlechtsverkehr als Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wünscht sich Ihr Partner seltener Geschlechtsverkehr als Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hat Ihr Bedarf nach sexueller Aktivität (Geschlechtsverkehr oder Masturbation) abgenommen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hat Ihr Bedarf nach sexueller Aktivität (Geschlechtsverkehr oder Masturbation) zugenommen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kein Partner	Nein	Selten, wenig	Mittel	Häufig	Sehr häufig
Code	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Haben Sie oft sexuelle Träume, Phantasien oder Wünsche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat Ihr Partner sexuelle Träume oder Wünsche in Bezug auf Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Üben Sie häufiger sexuelle Selbstbefriedigung (Masturbation) aus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Lehnen Sie gelegentlich Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner ab, obwohl gewünscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Code	(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
27. Reagieren Ihre Geschlechtsorgane wie gewohnt auf sexuelle Wünsche oder Träume?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ergreifen Sie die Initiative um mit Ihrem Partner Geschlechtsverkehr zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Erleben Sie eine hohe sexuelle Erregung vor und während des Geschlechtsverkehrs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sind Sie mit Ihrem Erregungszustand vor und während des Geschlechtsverkehrs zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wird während des gesamten Geschlechtsverkehrs eine gute Feuchtigkeit erreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Erreichen Sie bei sexuellen Aktivitäten volle Zufriedenheit (Orgasmus)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Nun noch einige allgemeine Fragen, um die obigen Fragen besser einordnen zu können:

33. Geschlecht männlich weiblich
34. Wie alt sind Sie? Jahre
35. Was ist Gewicht (kg)? kg
36. Was ist Ihre Größe (m)? , m
37. Hatten Sie im letzten Monat einen Partner für sexuelle Beziehungen?
Nein Ja
38. Wenn Ja:
Hatten Sie sexuelle Kontakte im letzten Monat?
Nein Ja
39. Wie lange haben Sie schon mit dem jetzigen Partner intimen Verkehr?
Keinen Intimverkehr
weniger als 6 Monate 6-12 Monate 1 – 3 Jahre
4 – 6 Jahre 7-10 Jahre mehr als 10 Jahre
40. Spielt Sexualität eine bedeutende Rolle in Ihrem Leben?
Wenig bedeutend bedeutend sehr bedeutend

Danke für Ihre Zusammenarbeit