

Życie seksualne kobiet po operacjach uroginekologicznych

Women's sexual life after urogynaecological operations

Violetta Skrzypulec, Bogusława Piela, Agnieszka Drosdzol

Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Streszczenie

Najczęstszą przyczyną przeprowadzania operacji uroginekologicznych u kobiet jest nietrzymanie moczu. Do metod leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu należy leczenie zachowawcze (farmakoterapia, fizjoterapia) i operacyjne.

Istnieje wiele sposobów operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, co świadczy o niedoskonałości tych metod.

Ocena zabiegów uroginekologicznych, oprócz skuteczności redukcji podstawowego objawu, jakim jest nietrzymanie moczu, powinna również dotyczyć wpływu zabiegu na jakość życia seksualnego, seksualność oraz funkcje seksualne kobiet. Można ją przeprowadzić za pomocą odpowiednio skonstruowanych do takiej oceny kwestionariuszy.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne opracowało umieszczoną w DSM-IV klasyfikację zaburzeń seksualnych kobiet, do których zalicza się zaburzenia pożądania seksualnego, podniecenia seksualnego, zaburzenia orgazmu oraz zaburzenia seksualne związane z bólem. Kwestionariusze diagnostyczne jakości życia seksualnego są dobrymi narzędziami pracy użytecznymi w zakresie wczesnej diagnostyki zaburzeń seksualnych oraz oceny dynamiki ich przebiegu i profilaktyki. Ocena funkcji seksualnych i seksualności kobiet po operacyjnym leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu jest przedmiotem stosunkowo niewielkiej liczby badań, a ich wyniki są niejednokrotnie sprzeczne i niejednoznaczne.

Słowa kluczowe: seksualność, jakość życia, kwestionariusz

Abstract

Urinary incontinence is the most common reason for urogynaecological surgery in women. Stress urinary incontinence can be treated by conservative therapy (pharmacotherapy, physiotherapy) or surgical treatment. There is a lot of the surgical method of urinary incontinence treatment but none of them seem to be ideal. Evaluation of the effectiveness of the urogynaecological methods, except reduction of incontinence symptoms, should consist of assessment of sexual life, sexuality as well as sexual functioning in women. It is possible by using specific questionnaires.

The American Psychiatric Association developed a new classification system for female sexual dysfunction as a part of DSM-IV. This system included psychogenic and organic causes of desire, arousal, orgasm and sexual pain disorders. The diagnostic sexual life quality questionnaires are good work tools, helped in early diagnosis of sexual disorders and monitoring their course and prevention.

The evaluation of sexual function and sexuality in women after surgery for stress incontinence is still unsatisfactory and the data of available studies are controversial.

Key words: sexuality, quality of life, questionnaire

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Violetta Skrzypulec
 Katedra Zdrowia Kobiety
 Wydział Opieki i Oświaty Zdrowotnej Śląskiej Akademii Medycznej
 ul. Medyków 12, 40–752 Katowice
 tel./faks: (032) 20 88 730
 e-mail: bpiela76@poczta.onet.pl
 Nadano: 15.09.2005 Przyjęto do druku: 20.12.2005

Najczęstszą przyczyną przeprowadzania operacji uroginekologicznych u kobiet jest nietrzymanie moczu, które według różnych źródeł w piśmiennictwie występuje u kobiet w wieku menopauzalnym z częstością 17–46%, a nawet do 60% w tej grupie [1–3].

Jedną z najczęstszych postaci nietrzymania moczu jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, które ma związek z przeszłością ginekologiczno-położniczą i wiekiem pacjentek (liczba porodów, stan hormonalny pacjentki, przebyte operacje ginekologiczne, m.in. histerektomia, masa ciała itp.).

Zaburzenia statyki narządu rodowego (obniżenie przedniej lub tylnej ściany pochwy, macicy), nazywane często wypadaniem narządu rodowego, są kolejnym powodem interwencji chirurgicznej polegającej na korekcji plastycznej wspomnianych zaburzeń. Bardzo często występują one u kobiet w wieku pomenopauzalnym i niejednokrotnie towarzyszy im objaw nietrzymania moczu.

Czynnikami ryzyka wypadania narządu rodowego są, podobnie jak w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu: wiek pacjentki, otyłość, liczba porodów siłami natury, przebyte operacje ginekologiczne (histerektomia), poza tym schorzenia przebiegające z uporczywym kaszlem, przeciążenia fizyczne, nieprawidłowości anatomii miednicy mniejszej czy zaburzenia funkcji mięśni dna miednicy mniejszej.

Nietrzymanie moczu nie stanowi poważnej choroby fizycznej ani zagrożenia dla życia. Jednak upośledza komfort życia, któremu towarzyszy uczucie wstydu, zakłopotania, zaburzona samoocena chorej, a także zaburzenia depresyjne lub lękowe.

Problem nietrzymania moczu niewątpliwie wpływa na tak zwaną jakość życia związaną ze zdrowiem, w tym jakość życia seksualnego.

Do metod leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu należy leczenie zachowawcze (farmakoterapia, w tym hormonoterapia, fizjoterapia) oraz operacyjne i zależy ono od stopnia nasilenia objawów. Metodami leczenia operacyjnego są zabiegi przezpochwowe (plastyka przedniej ściany pochwy, podszycie cewki moczowej na taśmach powięziowych), zabiegi laparoskopowe, igłowe, taśmowe, wstrzyknięcia okołocewkowe oraz implantacje sztucznych zwieraczy [4].

Obecnie istnieje wiele (ok. 160–200) sposobów zabiegowego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, a tak duża liczba metod wskazuje na ich niedoskonałość pod względem zamierzonego efektu leczniczego, jego nietrwałości i jest również powodem poszukiwań coraz to nowszych, skuteczniejszych technik operacyjnych.

Największą skuteczność operacji podwieszających pochwę przypisuje się zabiegom w obrębie prze-

strzeni zasłonowej (operacja Burcha, Marchall-Marchettiego-Krantza) oraz zabiegom z użyciem taśm (TVT [*tension-free vaginal tape*] i IVS [*intravaginal slingplasty operation*]) [5, 6].

Pozytywna ocena efektywności leczniczej danej metody operacyjnej jest wykładnikiem decydującym o powszechności jej stosowania. Ocena zabiegów uroginekologicznych przeprowadzanych u kobiet powinna także dotyczyć wpływu zabiegu na jakość życia seksualnego, w tym seksualność i funkcje seksualne.

Zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*) do zaburzeń seksualnych kobiet zalicza się: zaburzenia lub brak pożądania seksualnego, zaburzenia podniecenia seksualnego, zaburzenia orgazmu oraz zaburzenia seksualne związane z bólem [7, 8]. Zaburzenia pożądania seksualnego dotyczą zmniejszonego popędu płciowego (30–50%) (określa się je jako trwały lub nawracający brak fantazji seksualnych i pragnienia aktywności seksualnej) oraz awersji seksualnych (np. awersja na nasienie) i definiuje się je jako utrwaloną lub nawracającą niechęć i unikanie kontaktu płciowego z partnerem seksualnym. Zaburzenia fazy podniecenia definiuje się jako częściowy lub całkowity brak fizycznych objawów podniecenia. Zaburzenia orgazmu, czyli utrzymujące się lub nawracające trudności, opóźnienie lub niemożność osiągnięcia orgazmu w wyniku wystarczającej stymulacji seksualnej, występują u 10% kobiet przez całe życie, a w 50% stanowią problemy przejściowe lub sytuacyjne. Wśród zaburzeń seksualnych związanych z bólem wyróżnia się: dyspareunię i pochwicę.

Dyspareunię, czyli nawracający ból narządów płciowych przed stosunkiem, w jego trakcie czy po nim, podzielono ze względu na lokalizację na powierzchowną, środkowopochwową i głęboką oraz ze względu na etiopatogenezę i występowanie na 3 typy: typ A — utrwalona, typ B — sytuacyjna i typ C — organiczna, o nieznanym przyczynie lub psychogenna [7, 8].

Pochwicę definiuje się jako nawracający lub utrzymujący się mimowolny skurcz mięśni zewnętrznych 1/3 części pochwy, utrudniający penetrację [7, 8].

Zaburzenia seksualne w uroginekologii występują z dużą częstością i dotyczą okresu życia pacjentek zarówno przed leczeniem, jak i po przeprowadzonym zabiegu chirurgicznym.

Ocena funkcji seksualnych i seksualności kobiet po operacyjnym leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu jest przedmiotem stosunkowo niewielkiej liczby badań, a ich wyniki często są sprzeczne i niejednoznaczne.

W badaniu oceniającym funkcje seksualne i anatomię pochwy u kobiet po operacjach uroginekologicznych Weber i wsp. [9] wykazali poprawę lub brak zmian funkcji seksualnych i satysfakcji u większości badanych kobiet po przebyciu zabiegu z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu lub wypadania narządu rodowego (porównanie po 6 miesiącach po zabiegu kolposuspensji Burcha i/lub plastyce tylnej). Ponadto donoszą, że w przypadku jednoczesnego wykonania obydwu zabiegów u 38% kobiet występowała dyspareunia, a średnia częstość współżycia nie zmieniła się po zabiegu w porównaniu ze stanem sprzed operacji.

Wyniki badania Helstrom [10], w którym porównano wpływ zabiegów pochwowych u kobiet z nietrzymaniem moczu lub obniżeniem narządu rodowego na ich seksualność, wskazują z kolei na zmniejszenie częstości współżycia w grupie pacjentek z nietrzymaniem moczu w porównaniu z grupą pacjentek z obniżeniem narządu rodowego, u których zauważono niewielki wzrost częstości współżycia. Dyspareunia w obydwu grupach występowała z podobną częstością i nie uległa znacznej zmianie po zabiegu, jednak w grupie pacjentek z obniżeniem narządu rodowego zauważono nieznaczne (lecz nieznamienne statystycznie) nasilenie objawu.

Według innych autorów [11] kobiety po przebyciu zabiegu operacyjnym z powodu wypadania narządu rodowego rzadziej zgłaszały objawy wpływające na ich zdolność do odbywania stosunków seksualnych z partnerem w porównaniu ze stanem sprzed zabiegu. Satysfakcja seksualna nie uległa zmianie w grupie pacjentek operowanych z powodu nietrzymania moczu lub wypadania narządu rodowego (po 6 miesiącach od zabiegu). Badacze wnioskują, że wypadanie narządu rodowego w większym stopniu niż nietrzymanie moczu wpływa niekorzystnie na aktywność seksualną i związek partnerski.

Ponadto Rogers [12] wykazał, że poddawane ocenie funkcje seksualne u kobiet po przeprowadzonych zabiegach operacyjnych nietrzymania moczu i/lub wypadania narządu rodowego nie ulegają poprawie, mimo zmniejszenia objawów nietrzymania moczu po 3–6 miesiącach po operacji.

Ocenę funkcji seksualnych prowadzili także Lemack i wsp. [13] u kobiet operowanych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu (sama plastyka przednia pochwy i krocza w porównaniu z plastyką przednią i równocześnie wykonaną plastyką tylną krocza). Wyniki badań autorów wskazują, że po roku od zabiegu 20% kobiet zgłaszało ból podczas stosunku płciowego, co stanowiło nieco mniejszy odsetek przypadków dyspareunii w porównaniu ze stanem

sprzed zabiegu (29%). Nie wykazano różnic w częstości występowania dyspareunii w obydwu grupach, jednak 18% kobiet zgłaszało pogorszenie jakości stosunków płciowych po zabiegu.

Odległe skutki operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet między innymi na życie seksualne były przedmiotem jednego z doniesień naukowych Lalosa i wsp. [14], w którym poddali oni analizie rezultaty 2 typów operacji: uretrocystopeksji zaonowej i zabiegów naprawczych okolicy łonowo-guzicznej w odstępach czasowych (po 3 miesiącach, roku i 5–7 latach od zastosowanego leczenia). Wyniki wskazują, że 79% przebadanych kobiet w obserwacji długoterminowej było aktywnych seksualnie i większość z nich wyrażała zadowolenie z własnego życia seksualnego.

Ze względu na fakt, że leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu zdominowały beznapięciowe zabiegi pętłowe w licznych modyfikacjach, ocena odległych skutków tego rodzaju zabiegów na sferę życia seksualnego wydaje się niezbędna.

Elzevier i wsp. [15] w retrospektywnym badaniu oceniającym funkcje seksualne po zabiegu TVT z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu, bez wypadania narządu rodowego (w okresie 3–12 miesięcy po zabiegu) zauważyli, że średnia częstość współżycia nie uległa zmianie. Kobiety (26%) zgłaszały poprawę jakości stosunków seksualnych w porównaniu ze stosunkami przed operacją. Wykazano więc, że technika zakładania beznapięciowych taśm pochwowych nie wiąże się z negatywnym wpływem na funkcje seksualne, a ich skuteczność w leczeniu objawu nietrzymania moczu ogólnie poprawia jakość życia seksualnego.

Podobne spostrzeżenia dotyczące braku wpływu operacji TVT na życie seksualne opublikowano w Wielkiej Brytanii [16]. We wspomnianym badaniu 72% kobiet po przebyciu zabiegu nie zauważało różnicy w seksualnym funkcjonowaniu, jednak 14% zgłaszało pogorszenie jakości życia seksualnego ze względu na utratę libido. U żadnej z przebadanych pacjentek nie wystąpiła dyspareunia.

Odmienne wyniki dotyczące wpływu TVT na funkcje seksualne u kobiet leczonych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu przedstawia kilku innych autorów (Mazouni i wsp., Glavind i wsp. oraz Yeni i wsp.). Rezultaty wspomnianej metody leczenia nietrzymania moczu na funkcje seksualne sprowadzają się do unikania współżycia lub pogorszenia jakości życia seksualnego z powodu dyspareunii i utraty libido [17], a także zaburzeń orgazmu i satysfakcji ze współżycia [18]. Istnieją także doniesienia mówiące o zmniejszeniu objawu nietrzymania moczu podczas

współżycia po leczeniu operacyjnym metodami taśmowymi typu TVT lub IVS, co ma korzystny wpływ na jakość życia seksualnego operowanych kobiet [19].

Przytoczone (często sprzeczne) wyniki różnych badań wskazują na konieczność dalszej analizy skutków operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, a przedstawione wyżej problemy seksuologiczne pacjentek po operacjach uroginekologicznych skłaniają je do poszukiwania pomocy medycznej u lekarzy ginekologów lub seksuologów.

Lekarz ginekolog odgrywa niezmiernie ważną rolę w zakresie wczesnej diagnostyki zaburzeń seksualnych pacjentek, oceny dynamiki ich przebiegu oraz profilaktyki. Jednak bardzo trudno jest poddać tę kwestię ocenie. Jedyne narzędziami, jakimi dysponują lekarze, są kwestionariusze oceniające jakość życia (QoL, *quality of life*).

W praktyce lekarskiej można wykorzystać 2 typy kwestionariuszy: ogólne i specyficzne. W kwestionariuszach ogólnych lekarze mają do czynienia z różnorodnymi pytaniami z wielu dziedzin życia, które mogą być skierowane do szerokiego grona osób. Uzyskane z nich informacje można porównywać w badaniach klinicznych i populacyjnych. Z drugiej jednak strony nie pozwalają one określić stopnia odpowiedzi na zastosowane leczenie.

W przeciwieństwie do inwentarzy ogólnych, skale specyficzne opracowuje się dla wyselekcjonowanej grupy osób. Z praktycznego punktu widzenia narzędzie badawcze, wykorzystywane przy ocenie jakości życia, powinno mieć następujące cechy: przydatność, powtarzalność, niezawodność i czułość w wykrywaniu zmian. Wydana w 1990 roku bibliografia kwestionariuszy mierzących jakość życia zawierała ponad 500 pozycji [20] i liczba ta ciągle wzrasta.

W rozpoznawaniu i ocenie patologii seksualnej pomocniczymi narzędziami badawczymi są specyficzne inwentarze samooceny — skale samooceny. Do najczęściej stosowanych zalicza się: *Female Sexual Function Index* (FSFI), *Brief Index of Sexual Functioning for Women* (BISF-W), *The Derogatis Interview for Sexual Functioning* (DISF/DISF-SR), *Sexual Function Inventory for Women* (SFIW), *Sexual Function Scale* (SFS), *Index of Sexual Satisfaction* (ISS), *Body Satisfaction Scale* (BSS) oraz *Impact of Female Sexual Dysfunction* [21–24]. Przy wyborze inwentarza oceny jakości życia seksualnego należy kierować się jego budową, przystosowaniem dla wybranej grupy wiekowej pacjentek, zdolnością ogólnej oceny życia seksualnego, oceną jego poszczególnych parametrów oraz trafnością w rozpoznawaniu występujących zaburzeń seksualnych zgodnie z obowiązującą klasyfikacją.

Do oceny funkcjonowania seksualnego kobiet zaprojektowano kwestionariusz FSFI. Składa się on z 19 pytań, a ocenie podlega okres ostatniego miesiąca. Kwestionariusz jest ogólnie dostępny i przetłumaczono go na wiele języków. Stosując FSFI, dokonuje się oceny 6 aspektów seksualności: pożądania seksualnego, podniecenia, lubrykacji, orgazmu, ogólnej satysfakcji oraz bólu podczas współżycia. Badania potwierdziły jego czułość i swoistość w diagnostyce zaburzeń podniecenia seksualnego oraz wysoką wartość diagnostyczną w przypadku zaburzeń orgazmu i pożądania seksualnego [22].

Kolejnym przykładem dobrego narzędzia badawczego jest kwestionariusz BISF-W, składający się z 22 pytań dotyczących aktualnego funkcjonowania seksualnego kobiet [23]. Czas potrzebny do uzyskania odpowiedzi wynosi około 15 minut i jest porównywalny z innymi przedstawianymi przez autorów inwentarzami samooceny. Ocenie podlega 7 domen życia seksualnego: myśli i pożądanie, podniecenie, częstotliwość aktywności seksualnej, otwartość i inicjacja, orgazm, satysfakcja z relacji interpersonalnych oraz problemy wpływające na funkcję seksualną. Standaryzacji powyższego kwestionariusza dokonano w grupie 225 kobiet w wieku 20–55 lat. Na podstawie kwestionariusza BISF-W wykazano wartość diagnostyczną w rozpoznawaniu dysfunkcji seksualnych i oceny efektów leczenia [23]. Do analizy zachowań seksualnych zarówno kobiet, jak i mężczyzn zaprojektowano 25-częściową ankietę DISF/DISF SR [24]. Jej konstrukcja umożliwia ocenę 5 aspektów życia seksualnego: myśli i fantazje seksualne, podniecenie seksualne, zachowania i doświadczenia seksualne, orgazm oraz pożądanie seksualne/relacje partnerskie. Skalę tę wystandaryzowano, a indywidualny wynik wyznacza się na podstawie populacyjnych, standardowych *T-scores* i odniesienia do siatek percentylowych [24].

Przedstawione powyżej inwentarze diagnostyczne są uniwersalnymi i szeroko rozpowszechnionymi skalami w badaniach klinicznych oceniających jakość życia seksualnego kobiet w różnych jednostkach chorobowych. Wybrane skale spełniają kryteria zaburzeń seksualnych kobiet, charakteryzując się wielowymiarowością i rzetelnością oceny, łatwością w zrozumieniu przez respondentki oraz trafnością diagnostyki zaburzeń (zgodność z kryteriami DSM-IV) [7, 8]. Skale diagnostyczne jakości życia seksualnego są dobrymi narzędziami pracy, użytecznymi w zakresie wczesnej diagnostyki zaburzeń seksualnych oraz oceny dynamiki ich przebiegu i profilaktyki.

Piśmiennictwo

1. Diokno A.C., Brock B.M., Brown M.B., Herzog A.R. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J. Urol.* 1986; 136: 1022–1025.
2. Norton P.A., MacDonald L.D., Sedgwick P.M., Stanton S.L. Distress and delay associate with urinary incontinence, frequency and urgency in women. *BMJ* 1988; 297: 1187–1189.
3. Karram M.M., Bhatia N.N. Management of coexistent stress and urge urinary incontinence. *Obstet. Gynecol.* 1989; 73: 4–7.
4. Dutkiewicz S. Leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. *Nowa Medycyna* 2002; 4: 14–16.
5. Surkont G., Włażlak E., Suzin J. Taśma beznapięciowa IVS (intravaginal sling) w leczeniu operacyjnym wysiłkowego nietrzymania moczu pierwsze doświadczenia. *Prz. Menopauz.* 2003; 6: 62–67.
6. Schulz J.A., Drutz H.P. The surgical management of recurrent stress urinary incontinence. *Curr. Op. Obstet. Gynecol.* 1999; 11: 489–494.
7. Basson R., Berman J., Burnett A. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classification. *J. Urol.* 2000; 163: 888–893.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*. DC: American Psychiatric Association, Washington 2000.
9. Weber A.M., Walters M.D., Piedmonte M.R. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000; 182 (6): 1610–1615.
10. Helstrom L., Nilsson B. Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descent. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2005; 60 (4): 230–231.
11. Barber M.D., Visco A.G., Wyman J.F. i wsp. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2002; 99 (2): 281–289.
12. Rogers R.G., Kammerer-Doak D., Darrow A. i wsp. Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse: a multicenter prospective study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 191 (1): 206–210.
13. Lemack G.E., Zimmern P.E. Sexual function after vaginal surgery for stress urinary incontinence: results of a mailed questionnaire. *Urology* 2000; 56 (2): 223–227.
14. Lalos O., Berglund A.L., Lalos A. Impact of urinary and climacteric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long-term outcome. *J. Adv. Nurs.* 2001; 33 (3): 326–327.
15. Elzevier H.W., Venema P.L., Lycklama a Nijeholt A.A. Sexual function after tension-free vaginal tape (TVT) for stress incontinence: results of mailed questionnaire. *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct.* 2004; 15 (5): 313–318.
16. Maaita M., Bhaumik J., Davies A.E. Sexual function after using tension-free vaginal tape for surgical treatment of genuine stress incontinence. *BJU Int.* 2002; 90 (6): 540–543.
17. Mazouni C., Karsenty G., Bretelle F. i wsp. Urinary complications and sexual function after the tension-free vaginal tape procedure. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2004; 83 (10): 955–961.
18. Yeni E., Unal D., Verit A. i wsp. The effect of tension-free vaginal tape (TVT) procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence. *Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor Dysfunct.* 2003; 14 (6): 390–394.
19. Glavind K., Tetsche M.S. Sexual function in women before and after suburethral sling operation for stress urinary incontinence: a retrospective questionnaire study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2004; 83 (10): 965–968.
20. Spilker B., Molinek F.R., Johnston K.A. Quality of life bibliography and indexes. *Med. Care* 1990; 28 (supl.): 1–78.
21. Dennerstein L., Helmes E. The menopausal transition and quality of life: Methodologic issues. *Qual. Life Res.* 2000; 9: 721–731.
22. Rosen R., Brown C., Heinman J. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J. Sex Marital. Ther.* 2000; 26: 191–208.
23. Mazer N.A., Leiblum S.R., Rosen R.C. The brief index of sexual functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause* 2000; 7 (5): 350–363.
24. Derogatis L.R. The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/ /DISF SR): an introductory report. *J. Sex Marital. Therap.* 1997; 23 (4): 291–304.