

Seksuologiczne narzędzia diagnostyczne w Polsce i na świecie

Sexological diagnostic tools in Poland and worldwide

Marta Janus, Agata Szulc

Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Artykuł jest przeglądem najpopularniejszych narzędzi stosowanych w diagnostyce seksuologicznej. W celu rozszerzenia ilustracji zagadnienia przytoczono również wyniki badań empirycznych z wykorzystaniem omawianych kwestionariuszy i skali. W pierwszej kolejności omówiono narzędzia najczęściej stosowane w pracach oryginalnych na świecie, tj. kwestionariusz Female Sexual Function Index (FSFI) dla kobiet oraz International Index of Erectile Function (IIEF) dla mężczyzn. Następnie przedstawiono Skalę Mell-Krat — najczęściej wykorzystywaną w polskich badaniach seksuologicznych oraz opracowany w Polsce Kwestionariusz Seksuologiczny. Dodatkowo opisano również rzadziej stosowane narzędzia samoopisu (Female Sexual Distress Scale [FSDS], Arizona Sexual Experiences Scale [ASEX] oraz Sexual Dysfunction Questionnaire [SDQ]).

Słowa kluczowe: seksuologia, diagnostyka, kwestionariusze, seksualność, zachowanie seksualne

Seksuologia Polska 2015; 13 (1): 31–35

Abstract

This is a review article about most common tools used in sexological diagnosis. In order to expand illustration of subject an empirical studies including mentioned questionnaire and scales were presented. First will be discussed most common tools used in original studies around the world i.e. Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire for woman and International Index of Erectile Function (IIEF) questionnaire for men. Second will be presented Mell-Karat scale — most common scale in Polish sexological studies and developed in Poland Sexological Questionnaire (Kwestionariusz Seksuologiczny). Additionally there will be presented less common tools of self-description (Female Sexual Distress Scale FSDS, Arizona Sexual Experiences Scale ASEX and Sexual Dysfunction Questionnaire SDQ).

Key words: sexology, diagnosis, questionnaires, sexuality, sexual behavior

Polish Sexology 2015; 13 (1): 31–35

Zdrowie i zaburzenia seksualne

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie seksualne jako dobrostan fizyczny, emocjonalny, umysłowy i społeczny w zakresie seksualności człowieka. Natomiast jako dysfunkcje seksualne klasyfikowane są te zaburzenia, które uniemożliwiają człowiekowi uczestniczenie w stosunkach seksualnych w sposób przez niego pożądanym [1]. Objawy dysfunkcji mogą mieć różny poziom nasilenia, od słabych, blisko granicy zdrowia, do bardzo silnych, w pełni uniemożliwiających podejmowanie przez daną osobę czynności seksualnych. Do określenia, w którym punkcie kontinuum

zdrowie-dysfunkcja seksualna znajduje się osoba badana, niezbędne jest przeprowadzenie pełnego postępowania diagnostycznego.

Metody diagnostyczne

Metody diagnostyczne w seksuologii są dzielone na badanie przedmiotowe, podmiotowe oraz badania dodatkowe. Badanie przedmiotowe jest badaniem fizykalnym przeprowadzanym przez lekarza, które ma na celu ustalenie somatycznego stanu zdrowia osoby badanej. W przypadku wątpliwości, lekarz zleca badania dodatkowe, takie jak badania laboratoryjne czy badania wymagające dodatkowych urządzeń (np. EEG czy USG). Podstawą badania podmiotowego jest natomiast wywiad seksuologiczny [2]. Odpowiednio

Adres do korespondencji: mgr Marta Janus, Klinika Psychiatryczna WNoZ WUM, ul. Partyzantów 2/4 05-802 Pruszków, tel.: 662 147 287, e-mail: marta.dagmara.janus@gmail.com
Nadesłano: 23.01.2015

Przyjęto do druku: 15.08.2015

przeprowadzony wywiad umożliwia nawiązanie kontaktu terapeutycznego z pacjentem, uzyskanie informacji dotyczących zarówno problemu, jak i choro- go, a także ustalenie planu dalszego postępowania. Uzupełnieniem przeprowadzonego wywiadu są specy- ficzne narzędzia diagnostyczne (skale i kwestiona- riusze) w postaci inwentarzy samooceny płaszczyzny seksuologicznej. Narzędzia te umożliwiają uzyskanie informacji niezbędnych do oceny jakości życia sek- sualnego osoby badanej, zwiększając prawdopodo- bieństwo postawienia trafnej diagnozy oraz pozwalają na przedstawienie poziomu jej funkcjonowania na tle społecznym. Ponadto umożliwiają uporządkowanie danych dotyczących badanego.

Skale i kwestionariusze seksuologiczne pozostają również niezbędnymi narzędziami w przypadku badań przesiewowych, a także badań naukowych nad seksu- alnością dużych grup badanych.

Ustrukturalizowana, spójna forma narzędzi kwe- stionariuszowych umożliwia rzetelne przeprowadzenie badania i uzyskanie rzetelnych wyników przy jedno- czesnym zaoszczędzeniu czasu (w porównaniu z prze- prowadzaniem wywiadu). Dodatkowo forma pisemna, a także anonimowość zachowana w badaniach gru- powych, ułatwia badanym przyjęcie otwartej postawy, co sprzyja niwelowaniu czynnika wstydu, mogącego wystąpić w trakcie rozmowy indywidualnej z diagnostą.

Najpopularniejsze narzędzia diagnostyki seksuologicznej

Najpopularniejszymi kwestionariuszami stosowa- nymi w badaniach empirycznych na świecie, mają- cymi najwięcej (kilkadziesiąt) wersji językowych jest kwestionariusz *Female Sexual Function Index* (FSFI) dla kobiet oraz *International Index of Erectile Function* (IIEF) dla mężczyzn, które zostaną omówione w pierw- szej kolejności.

Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet

Jest to kwestionariusz przeznaczony dla kobiet [3]. Składa się z 19 pozycji, a jego celem jest wieloaspek- towa samoocena funkcjonowania seksualnego w prze- ciągu ostatnich czterech tygodni. Narzędzie to umożli- wia różnicowanie dysfunkcji seksualnych w obszarze pożądania, podniecenia, osiągnięcia orgazmu, a także odczuwania satysfakcji seksualnej.

Skala występuje w licznych wersjach językowych, których właściwości psychometryczne, a także ję- zykowe zostały sprawdzone na drodze wielu badań empirycznych. Wynik badania wersji francuskiej [4], w którym wzięło udział 512 kobiet, wykazał jej wysoką spójność z wersją oryginalną. Wersja kwestionariusza

w języku francuskim została ponownie przetłumaczona na język angielski, a wyniki grupy badanej porównano z wynikami uzyskanymi podczas walidacji oryginalnej wersji. Osiągnięto korelację na poziomie 0,75, a współ- czynnik Cronbacha wyniósł 0,8.

W badaniu właściwości językowych wersji włoskiej [5] FSFI wzięło udział ponad 400 kobiet z 14 klinik z całego kraju. Przy badaniu *test-retest* obliczony został współczynnik alfa Cronbacha zarówno dla całej skali, jak i dla poszczególnych podskal, oraz współczynnik korelacji wyników przy badaniu powtórzonym. Wszys- tkie współczynniki miały wysokie wartości (> 0,9).

Podobne wyniki uzyskano przy weryfikacji innych wersji językowych kwestionariusza, zarówno w Europie (np. wersja holenderska) [6] czy poza nią (np. wersja japońska) [7].

Przytoczone badania wykazują, że rodzime wersje językowe omawianego kwestionariusza mogą być uznane za trafne i rzetelne narzędzia w wielu pań- stwach świata.

Wysoką wiarygodność przedstawianego narzędzia można wskazać jako jedną z przyczyn jego częstego wykorzystywania w badaniach nad kobiecą seksu- alnością na całym świecie. W badaniach tych biorą udział bardzo zróżnicowane grupy kobiet, na przykład chore na stwardnienie rozsiane [8], z nadwagą [9], cierpiące na choroby nowotworowe [10] czy endometriozę [11].

Dodatkowo kwestionariusz może być stosowany w grupach zróżnicowanych pod względem etapu seksualnego w życiu, zarówno w okresie przed-, jak i pomenopauzalnym [12].

Opracowano również skróconą wersję kwestiona- riusza FSFI-6, złożoną z 6 pytań, na które odpowiedź nie zajmuje dłużej niż 3 minuty, a osiągnięty wynik pozwala z dużym prawdopodobieństwem ocenić, czy dana kobieta cierpi na zaburzenia natury seksuologicznej i powinna zostać poddana dalszej diagnostyce czy też nie. Wersja ta została opracowana w kilku krajach i podobnie, jak wersja pełna, okazała się dobrym na- rzędziem pod względem psychometrycznym [13, 14].

Międzynarodowy Indeks Funkcji Seksualnych Mężczyzn

Jest to narzędzie składające się z 15 pozycji, przeznaczone dla mężczyzn i służące do samooceny funkcjonowania seksualnego na przestrzeni ostat- nich czterech tygodni [15]. Umożliwia różnicowanie dysfunkcji seksualnych w obszarze erekcji, osiągnięcia orgazmu, pożądania seksualnego, a także satysfakcji z życia seksualnego i ogólnej satysfakcji seksualnej.

Kwestionariusz ten uznawany jest za męski odpo- wiednik skali FSFI i również został przetłumaczony na kilkadziesiąt języków.

W badaniach psychometrycznych różnych wersji językowych wzięły udział duże grupy mężczyzn (500–1500 osób w każdej grupie). Część wyników okazała się analogiczna do przedstawionych w publikacjach dotyczących kwestionariusza FSFI. Kwestionariusz IIEF okazał się być miarodajnym narzędziem zarówno do badań klinicznych, jak i naukowych w różnych państwach świata [16, 17].

W Polsce najczęściej używana jest jednak skrócona (złożona z 5 pozycji) wersja kwestionariusza IIEF-5, mająca na celu ocenę występowania zaburzeń erekcji. Ta wersja jest powszechnie dostępna na stronach internetowych, gdzie kwestionariusz może wypełnić każda zainteresowana osoba. Jest to wersja zalecana do diagnostyki klinicznej, rzadziej do użytku w badaniach naukowych [17].

Kwestionariusz IIEF jest wykorzystywany do badań empirycznych dotyczących funkcjonowania seksualnego różnych grup mężczyzn, na przykład różnych grup wiekowych [18] czy z różnymi przyczynami zaburzeń erekcji [19]. Często grupy badane stanowią mężczyźni cierpiący na różne schorzenia, na przykład mężczyźni z problemem alkoholowym [20], chorzy na cukrzycę [21] lub nadciśnienie tętnicze [22]. Narzędzie jest również wykorzystywane do badania związku funkcjonowania seksualnego z innymi aspektami funkcjonowania, jak na przykład satysfakcja z życia [23] czy też porównywane z innymi narzędziami opisującymi zdrowie seksualne [24].

Krytyczne stanowisko wobec kwestionariuszy FSFI i IIEF

Niezbędnym wydaje się zaznaczenie, że w odpowiedzi na pozytywne oceny przedstawionych powyżej, najczęściej używanych do badań seksualności, narzędzi – kwestionariusza FSFI dla kobiet i IIEF dla mężczyzn, w literaturze pojawiła się publikacja krytycznie odnosząca się do omawianych narzędzi [25]. Autorzy zwracają uwagę na zagadnienia nieuwzględnianie w analizach psychometrycznych kwestionariuszy. Przede wszystkim porusza się problematykę zastosowania narzędzi w przypadku osób obecnie nieaktywnych seksualnie. Zwracają również uwagę na przestarzałość prezentowanych modeli teoretycznych, szczególnie modelu pożądania. Dodatkowo, na podstawie analiz kwestionariuszy wypełnionych *on-line* przez ponad 500 aktywnych seksualnie osób, wskazano na problematykę konceptualizacyjną kwestionariusza FSFI oraz na niską mierzalność poszczególnych elementów, mimo wysokiej rzetelności fasadowej. Podsumowując, autorzy wskazują na konieczną ostrożność w stosowaniu obydwu narzędzi zarówno w pracy

klinicznej, jak i badawczej, a także dość niską diagnostyczność zaburzeń popędu seksualnego przy użyciu kwestionariusza FSFI.

Opublikowany został również komentarz odnoszący się do powyższej krytyki [26]. Autorzy komentarza wskazują na uniwersalność stosowanych w kwestionariuszach definicji, w których zawierają się różne konceptualizacje omawianych zagadnień. Dodatkowo odrzucając zarzuty dotyczące problematyki psychometrycznej poprzez przytoczenie wyników najnowszych badań z wykorzystaniem omawianych kwestionariuszy (np. Revicki, Margolis, Bush, DeRogatis, and Hanes (2011) czy Ter Kuile, Brauer i Laan (2006) za: [26]). W odniesieniu do zarzutów niemożności wykrywania zaburzeń popędu przez omawiane narzędzie, autorzy powołują się na badania różnicowe kobiet cierpiących na zaburzenia popędu seksualnego i grupy kontrolnej kobiet zdrowych (Meston (2003), Wiegel i wsp. (2005) za [26]) oraz zastosowanie skali w badaniach klinicznych wpływu lęku na spadek popędu w okresie około menopauzalnym (Derogatis i wsp. (2012) za: [26]).

Skala Mell-Krat (SFK-K/M)

W badaniach empirycznych przeprowadzanych w Polsce najczęściej wykorzystywana jest Skala Mell-Krat [2, 27]. Jest to kwestionariusz mający na celu ocenę potrzeb seksualnych osoby badanej. Występują dwie wersje narzędzia — jedna przeznaczona dla mężczyzn (13 pozycji), a druga dla kobiet (20 pozycji). Warto zaznaczyć istnienie polskiej adaptacji tego narzędzia (wersja kromierzyńska kwestionariusza autorstwa Mella i Kratochvila), której rzetelność wynosi 0,69 i 0,86, odpowiednio w wersji przeznaczonej dla kobiet i dla mężczyzn [2, 28].

Badania empiryczne z wykorzystaniem niniejszego kwestionariusza dotyczą seksualności różnych grup osób badanych, na przykład kobiet chorych na stwardnienie rozsiane [29], sportowców [30], osób dializowanych [31] czy kobiet przyjmujących leki hormonalne [32]. Kwestionariusz jest również wykorzystywany w badaniach jakości życia seksualnego i czynników na nią wpływających [33–35].

Kwestionariusz Seksuologiczny

Jest to polski kwestionariusz, stworzony przez zespół prof. A. Kokoszki [36]. Składa się z 30 pozycji i służy do samooceny częstości występowania objawów zaburzeń seksualnych zgodnie z kryteriami Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (*International Classification of Diseases*). Pozycje kwestionariusza dotyczą orientacji seksualnej, dysfunkcji seksualnych,

objawów zaburzeń identyfikacji płciowej oraz nieprawidłowych preferencji seksualnych.

Narzędzie po opracowaniu zostało poddane ocenie trafności na podstawie badania ponad stu pacjentów poradni seksuologicznej. Badani, po wypełnieniu kwestionariusza, wzięli udział w badaniu klinicznym, opartym na kryteriach diagnostycznych ICD-10. Na jego podstawie wskazano na wysoką zgodność wyników kwestionariusza z wynikami wywiadu w zakresie dysfunkcji seksualnych, zaburzeń związanych z orientacją seksualną, a także zaburzeń identyfikacji płciowej. Niższy wynik uzyskano dla kryterium zaburzeń preferencji seksualnych. Wskazano również na wysoką wrażliwość i specyficzność narzędzia w zakresie dysfunkcji związanych z orientacją seksualną oraz zaburzeniami identyfikacji i dysfunkcji seksualnych. Podobnie niższy wynik uzyskano dla kryterium zaburzeń preferencji seksualnych.

Pozostałe kwestionariusze

Female Sexual Distress Scale (FSDS)

Jest to kwestionariusz mierzący cierpienie, związane z występującymi u kobiet dysfunkcjami seksualnymi [37]. Posiada polską adaptację wersji zrewidowanej — PL-FSDS-R [38]. Narzędzie zawiera 139 pozycji, odnoszących się do danych socjodemograficznych i szeroko pojętych zachowań seksualnych, w tym wiek inicjacji seksualnej, łączna liczba partnerów seksualnych, pozostawanie w stałym związku, aktywność seksualna w ostatnim czasie, orientacja seksualna, częstotliwość stosunków seksualnych, częstotliwość masturbacji, jakość obecnej relacji partnerskiej, a także molestowanie seksualne w przeszłości.

Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX)

Jest to skala zawierająca pięć pozycji określających nasilenie popędu płciowego, podniecenia, erekcji prącia/lubrykacji pochwy, zdolność osiągnięcia orgazmu oraz satysfakcję związaną z przeżyciem orgazmu. Osiągnięcie wysokiego wyniku na skali wskazuje na występowanie zaburzeń seksualnych [39].

Sexual Dysfunction Questionnaire (SDQ)

Jest to skala stworzona do określania występowania i nasilenia zaburzeń seksualnych u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Kwestionariusz składa się z 19 pozycji i jest przeznaczony zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Kwestionariusz dostarcza przede wszystkim informacji dotyczącej obecności dysfunkcji seksualnych w obrębie funkcjonowania pacjenta, w przeciwieństwie do innych kwestionariuszy, ujawniających specyficzne dysfunkcje seksualne [40].

Podsumowanie

Na świecie istnieje kilkadziesiąt różnych kwestionariuszy służących do opisu i pomiaru różnych aspektów ludzkiej seksualności. Niniejsze zestawienie prezentuje najpopularniejsze narzędzia badawcze z zakresu seksualności człowieka. Spośród przedstawionych, na świecie najczęściej stosowany jest kwestionariusz FSFI dla kobiet oraz kwestionariusz IIEF dla mężczyzn. Mają one najwięcej wersji językowych, których walidacja wskazuje na dobre właściwości psychometryczne omawianych narzędzi. Nie można jednak określić kwestionariusza, który pozostaje dominującym w praktyce klinicznej i badawczej w Polsce.

Piśmiennictwo:

1. Pużyński, S., Wciórka, J. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Vesalius, Kraków 2000.
2. Lew-Starowicz Z. Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych. Warszawa 1985.
3. Rosen R., Brown C., Heiman J. i wsp. 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.
4. Wylomanski S., Bouquin R., Philippe H.J. i wsp. Psychometric properties of the French Female Sexual Function Index (FSFI). *Qual Life Res.* 2014; 23: 2079–2087.
5. Filocamo M.T., Serati M., Marzi V.L. i wsp. The Female Sexual Function Index (FSFI): Linguistic validation of the Italian version. *J. Sex. Med.* 2014; 11: 447–453.
6. Ter Kuile M.M., Brauer M., Laan E. The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometric properties within a Dutch population. *J. Sex Marital Ther.* 2006; 32: 289–304.
7. Takahashi M., Inokuchi T., Watanabe C., Saito T., Kai I. The Female Sexual Function Index (FSFI): Development of a Japanese version. *J. Sex. Med.* 2011; 8: 2246–2254.
8. Ghajarzadeh M., Jalilian R., Mohammadifar M., Sahraian M.A., Azimi A. Sexual function in women with multiple sclerosis. *Acta Med. Iran.* 2014; 52: 315–318.
9. Jamali S., Zarei H., Rasekh Jahromi A. The relationship between body mass index and sexual function in infertile women: A cross-sectional survey. *Iran. J. Reprod. Med.* 2014; 12: 189–198.
10. Baser R.E., Li Y., Carter J. Psychometric validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in cancer survivors. *Cancer* 2012; 118: 4606–4618.
11. Evangelista A., Dantas T., Zendron C., Soares T., Vaz G., Oliveira M.A.P. Sexual function in patients with deep infiltrating endometriosis. *J. Sex. Med.* 2014; 11: 140–145.
12. Revicki D.A., Margolis M.K., Bush E.N., DeRogatis L.R., Hanes V. Content validity of the Female Sexual Function Index (FSFI) in pre- and postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J. Sex. Med.* 2011; 8: 2237–2245.
13. Lee Y., Lim M.C., Joo J. i wsp. Development and validation of the Korean version of the Female Sexual Function Index-6 (FSFI-6K). *Yonsei Med. J.* 2014; 55: 1442–1446.
14. Isidori A.M., Pozza C., Esposito K. i wsp. Development and validation of a 6-Item version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *J. Sex. Med.* 2010; 7: 1139–1146.
15. Rosen R.C., Riley A., Wagner G., Osterloh I.H., Kirkpatrick J., Mishra A. The international index of erectile function (IIEF)

- a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822–830.
16. Quinta Gomes A.L., Nobre P. The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the Portuguese version. *J. Sex. Med.* 2012; 9: 180–187.
 17. Kriston L., Günzler C., Harms A., Berner M. Confirmatory Factor Analysis of the German Version of the International Index of Erectile Function (IIEF): A comparison of four models. *J. Sex. Med.* 2008; 5: 92–99.
 18. Rynja S., Bosch R., Kok E., Wouters G., de Kort L. IIEF-15: Unsuitable for assessing erectile function of young men? *J. Sex. Med.* 2010; 7: 2825–2830.
 19. Tang Z., Li D., Zhang X. i wsp. Comparison of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) in patients of erectile dysfunction with different pathophysiologies. *BMC Urol.* 2014; 14: 52.
 20. Dachille G., Lämuraglia M., Leone M. i wsp. Erectile dysfunction and alcohol intake. *Urologia.* 2008; 75: 170–176.
 21. Goyal A., Singh P., Ahuja A. Prevalence and severity of erectile dysfunction as assessed by IIEF-5 in North Indian type 2 diabetic males and its correlation with variables. *J. Clin. Diagn. Res.* 2013; 7: 2936–2938.
 22. Cordeiro A.C., Mizzaci C.C., Fernandes R.M. i wsp. Simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) and coronary artery disease in hypertensive patients. *Arq. Bras. Cardiol.* 2012; 99: 924–930.
 23. Weiss P., Brody S. International Index of Erectile Function (IIEF) scores generated by men or female partners correlate equally well with own satisfaction (sexual, partnership, life, and mental health). *J. Sex. Med.* 2011; 8: 1404–1410.
 24. Ramanathan R., Mulhall J., Rao S. i wsp. Predictive Correlation Between the International Index of Erectile Function (IIEF) and Sexual Health Inventory for Men (SHIM): Implications for calculating a derived SHIM for clinical use. *J. Sex. Med.* 2007; 4: 1336–1344.
 25. Forbes M.K., Baillie A.J., Schniering C.A. Critical flaws in the Female Sexual Function Index and the international index of Erectile Function. *J. Sex Res.* 2014; 51: 485–491.2214
 26. Rosen R.C., Revicki D.A., Sand M. Commentary on “Critical Flaws in the FSFI and IIEF”. *J. Sex Res.* 2014; 51: 492–497.
 27. Kratochvil S. Leczenie zaburzeń seksualnych. Warszawa 2002.
 28. Drosdzol A. Skale oceny jakości życia. W: Lew Starowicz Z., Skrzypulec-Plinta V., (red.). *Podstawy seksuologii.* Warszawa 2010; 363–370.
 29. Lew-Starowicz M., Rola R. Terapia zaburzeń seksualnych u kobiet ze stwardnieniem rozsianym. *Przegl. Menopauz.* 2013; 2: 166–174.
 30. Dobosz P., Guskowska M. Seksualność tancerzy i osób uprawiających japońskie sztuki walki. *Seksuol. Pol.* 2013; 11: 11–16.
 31. Lew-Starowicz M., Gellert R. The Sexuality and Quality of Life of Hemodialyzed Patients — ASED Multicenter Study. *J. Sex. Med.* 2009; 6: 1062–1071.
 32. Skrzypulec V., Drosdzol A. Evaluation of the quality of life and sexual functioning of women using a 30-microg ethinylloestradiol and 3-mg drospirenone combined oral contraceptive. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care* 2008; 13: 49–57.
 33. Slosarz W.J. Relations between lifestyle and factors affecting sexual life. *Sexual and Relationship Therapy* 2000; 15: 367–380.
 34. Skrzypulec V., Drosdzol A. Evaluation of Quality of Life and Sexual Functioning of Women Using Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Contraceptive System — Mirena. *Coll. Antropol.* 2008; 32: 1059–1068.
 35. Ślósarz W. Zależności między potrzebą seksualną a wyznacznikami aktywności seksualnej. *Seksuol. Pol.* 2003; 1: 63–68.
 36. Kokoszka A., Czernikiewicz W., Radzio R., Jodko A. Kwestionariusz Seksuologiczny — narzędzie do badań przesiewowych: założenia i trafność. *Psychiatr. Pol.* 2011; XLV: 235–244.
 37. DeRogatis L.R., Rosen R., Leiblum S., Burnett A., Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J. Sex Marital Ther.* 2002; 28: 317–30.
 38. Nowosielski K., Wróbel B., Sioma-Markowska U., Pore R. Sexual dysfunction and distress-development of a Polish version of the female sexual distress scale-revised. *J. Sex. Med.* 2013; 10: 1304–1312.
 39. McGahuey C.A., Gelenberg A.J., Laukes C.A. i wsp. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J. Sex Marital Ther.* 2000; 26: 25–40.
 40. Infrasca R. Sexual Dysfunction Questionnaire: scale development and psychometric Validation. *J. Psychopathol.* 2011; 17: 253–260.