

Fragebogen zur sexuellen Aktivität
 (© Fallowfield, SHORE-C)

Einige Frauen bemerken nach der Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) Veränderungen, die sich auf ihre sexuellen Beziehungen auswirken können. Obwohl die folgenden Fragen sehr persönlich sind, sind sie wichtig um festzustellen, wie sich eine Gebärmutterentfernung auf diesen Bereich Ihres Lebens auswirkt. Bitte seien Sie versichert, dass Ihre Antworten auf diese Fragen vertraulich behandelt werden.

- | | Ja | Nein |
|--|--|---|
| 1. Sind Sie verheiratet oder in einer festen Beziehung mit jemandem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie in den letzten 6 Monaten Ihren Sexualpartner gewechselt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie zur Zeit mit jemandem sexuell aktiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Falls 'ja' gehen Sie bitte zur nächsten Seite | Falls 'nein' beantworten Sie bitte nur die verbleibenden Fragen auf dieser Seite |

Ich habe Frage 3 mit 'Nein' beantwortet, ich bin zur Zeit nicht sexuell aktiv:

(kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Aussagen an)

- | | |
|--|--------------------------|
| a) weil ich zur Zeit keinen Partner habe. | <input type="checkbox"/> |
| b) weil ich zu müde bin. | <input type="checkbox"/> |
| c) weil mein Partner zu müde ist. | <input type="checkbox"/> |
| d) weil ich kein Interesse am Sex habe. | <input type="checkbox"/> |
| e) weil mein Partner kein Interesse am Sex hat. | <input type="checkbox"/> |
| f) weil ich ein körperliches Problem habe, das den Geschlechtsverkehr schwierig oder unangenehm macht. | <input type="checkbox"/> |
| g) weil mein Partner ein körperliches Problem hat, das den Geschlechtsverkehr schwierig oder unangenehm macht. | <input type="checkbox"/> |
| h) andere Gründe (bitte erläutern Sie) | <input type="checkbox"/> |

Bitte füllen Sie diesen Abschnitt aus, wenn Sie sexuell aktiv sind (d.h. wenn Sie Frage 3 mit 'Ja' beantwortet haben).

Bitte lesen Sie sich jede der folgenden Fragen sorgfältig durch und kreuzen bei jeder Frage das Kästchen an, das Ihre sexuellen Gefühle und Erfahrungen in den letzten 4 Wochen am besten beschreibt.

In den letzten 4 Wochen:

	sehr	ziemlich	ein wenig	überhaupt nicht
1. Hat Sex zu haben in den letzten 4 Wochen eine wichtige Rolle in Ihrem Leben gespielt?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Spass am Sex?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Waren Sie in den letzten 4 Wochen im allgemeinen zu müde, um Sex zu haben?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Lust darauf, mit Ihrem/Ihren Partner/n Sex zu haben?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Bemerkten Sie in den letzten 4 Wochen beim Geschlechtsverkehr eine Trockenheit Ihrer Vagina?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzen oder Beschwerden bei der Penetration (Eindringen des Penis in die Vagina)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen im allgemeinen befriedigt, nachdem Sie sexuell aktiv waren?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	Fünfma oder mehr	drei- bis viermal	ein- bis zweimal	überhaupt nicht
8. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen sexuell aktiv?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	viel häufiger als sonst	etwas häufiger als sonst	ungefähr gleich oft wie sonst	seltener als sonst
9. Wie häufig war dies, verglichen mit dem, was für Sie sonst üblich ist?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
	sehr	ziemlich	ein wenig	überhaupt nicht
10. Waren Sie mit der Häufigkeit Ihrer sexuellen Aktivität in den letzten 4 Wochen zufrieden?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

11. **Wie oft erreichten Sie bei sexueller Stimulation oder Geschlechtsverkehr einen Orgasmus (Höhepunkt) (während der letzten 4 Wochen)?**

- fast immer oder immer
- meistens (mehr als die Hälfte der Zeit)
- manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)
- gelegentlich (weniger als die Hälfte der Zeit)
- fast nie oder nie

12. **Wie schwierig war es, bei sexueller Stimulation oder Geschlechtsverkehr einen Orgasmus (Höhepunkt) zu erreichen (während der letzten 4 Wochen)?**

- extrem schwierig oder unmöglich
- sehr schwierig
- schwierig
- etwas schwierig
- nicht schwierig

13. **Wie zufrieden waren Sie bei sexueller Stimulation oder Geschlechtsverkehr mit Ihrer Fähigkeit, einen Orgasmus (Höhepunkt) zu erreichen (während der letzten 4 Wochen)?**

- sehr zufrieden
- mäßig zufrieden
- gleich zufrieden wie unzufrieden
- mäßig unzufrieden
- sehr unzufrieden

Weitere Kommentare:

Wir danken Ihnen für die Beantwortung dieser Fragen.