

TỈ LỆ RỐI LOẠN TÌNH DỤC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ TRONG TUỔI SINH SẢN TẠI TP HCM (2013)

Ngô Thị Yên⁽¹⁾, Võ Minh Tuấn⁽²⁾

(1) Bệnh viện Từ Dũ, (2) Bộ môn Sản, Đại học Y Dược TP.HCM

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Rối loạn tình dục nữ là một vấn đề sức khoẻ có nhiều nguyên nhân và chưa được nghiên cứu nhiều tại Việt Nam.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn tình dục (RLTD) và các yếu tố liên quan RLTD ở phụ nữ tuổi sinh sản tại TPHCM.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 1.160 phụ nữ tuổi sinh sản tại 30 xã/phường tại tp HCM từ ngày 02/5/2013 đến ngày 30/11/2013.

Kết quả: Tỷ lệ RLTD ở phụ nữ tuổi sinh sản tại thành phố Hồ Chí Minh là 34,2% với KTC 95% [31,5 – 37,1]. Một số yếu tố tăng nguy cơ RLTD: ngủ chung với con, không tâm sự với chồng, quan hệ tình dục (QHTD) ít hơn 5 lần/tháng, chống giảm khả năng tình dục, chung sống từ 5 năm trở lên.

Kết luận: Tỷ lệ RLTD ở phụ nữ tuổi sinh sản tại thành phố Hồ Chí Minh ở mức trung bình so với tỷ lệ từ các nghiên cứu nước ngoài. Một số yếu tố trong cuộc sống sinh hoạt hàng ngày liên quan đến RLTD nữ và có thể cải thiện được. Do đó, cần tư vấn cho người phụ nữ về cách sắp xếp cuộc sống nhằm bảo đảm đời sống tình dục thỏa mãn, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Rối loạn tình dục nữ, phụ nữ tuổi sinh sản.

Abstract

PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTION AND ASSOCIATED FACTORS IN REPRODUCTED-AGED

1. Đặt vấn đề

Rối loạn tình dục nữ là một vấn đề sức khoẻ, được kết hợp với nhiều yếu tố như sinh học, y học, tâm lý, văn hoá xã hội, chính trị, kinh tế và mối quan hệ với bạn tình [9]. RLTD nữ ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ, hạnh phúc gia đình và mối quan hệ với bạn tình.

Một số nước có nền kinh tế phát triển đã quan tâm nghiên cứu lĩnh vực tình dục nữ từ những thập niên đầu tiên của thế kỷ XX. Theo các nghiên cứu đã công bố, tỉ lệ RLTD nữ dao động từ 20% đến 50% [9] tùy theo chủng tộc, tâm sinh lý, văn

WOMEN IN HO CHI MINH CITY

Background: Female sexual dysfunction was proved associated with various factors, but little information has been documented in Vietnam.

Objectives: To investigate the prevalence of sexual dysfunction and associated factors in reproducted-aged women in Ho Chi Minh City.

Methods: This was a cross-sectional study sampled 1,160 reproducted-aged women in Ho Chi Minh city from May 2013 to November 2013.

Result: The study has shown that the prevalence of sexual dysfunction in reproducted-aged women in Ho Chi Minh City was 34.2%; CI 95% [31.5 – 37.1]. Risk factor associated with female sexual dysfunction including: sharing bedroom with children, not open talking with husband, sexual activity less than 4 times per month, husband's sexual impotence, living with husband 5 years or more.

Conclusions: The prevalence of sexual dysfunction in reproducted-aged women in Ho Chi Minh City is at the middle level compared surveys in female foreigners. This study shows several risk factors associated FSD existing in daily life and can be improved. It is needed to counsel women how to get satisfied sexual activities and to improve quality of life.

Keywords: female sexual dysfunction, reproducted-aged women.

hoá, môi trường sống, tình trạng sức khoẻ chung, và các tiêu chuẩn chẩn đoán [7][8]. Việt nam chưa có nhiều nghiên cứu về RLTD nữ [3].

Bệnh viện Từ Dũ đã triển khai Đơn vị Tư vấn Tình dục từ tháng 10/2008; hơn 90% khách hàng có nhu cầu tư vấn tình dục đang trong độ tuổi sinh sản [1][4].

Phụ nữ tuổi sinh sản (18-49 tuổi), cư ngụ tại thành phố Hồ Chí Minh, theo thống kê năm 2009, là hơn một triệu tám trăm người. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu cuộc sống tình dục của phụ nữ thành phố Hồ Chí Minh qua tỉ lệ RLTD ở phụ nữ trong

độ tuổi sinh đẻ và bước đầu xác định các yếu tố có liên quan với RLTD nữ.

Câu hỏi nghiên cứu là “Tỉ lệ RLTD ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại tpHCM là bao nhiêu và các yếu tố nào ảnh hưởng đến RLTD nữ?”

Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu chính: Xác định tỉ lệ rối loạn tình dục ở phụ nữ tuổi sinh sản thành phố Hồ Chí Minh năm 2013.

Mục tiêu phụ: Khảo sát các yếu tố liên quan đến rối loạn tình dục nữ về: đặc điểm nhân khẩu học và tình trạng hôn nhân gia đình.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trong cộng đồng

Dân số mục tiêu: Phụ nữ trong tuổi sinh sản, từ 18 đến 49 tuổi.

Dân số nghiên cứu: Phụ nữ trong tuổi sinh sản, từ 18 đến 49 tuổi, cư ngụ tại thành phố Hồ Chí Minh

Dân số chọn mẫu: Phụ nữ từ 18 đến 49 tuổi, cư ngụ tại các cụm được chọn tại thành phố Hồ Chí Minh, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn nhận vào:

- Phụ nữ từ 18-49 tuổi, đã lập gia đình, cư trú tại thành phố Hồ Chí Minh và nằm trong danh sách quản lý của địa phương.

- Có hoạt động tình dục ít nhất trong vòng 1 tháng nay
- Tự trả lời được bằng câu hỏi tự điền.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mãn kinh
- Đang mang thai
- Phụ nữ không tham gia phỏng vấn được: câm, điếc, tâm thần.
- Cường năng hoạt động tình dục

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước lượng cỡ mẫu cho một tỉ lệ trong cộng đồng:

$$n = \frac{Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

Với n= số đối tượng cần mời vào nghiên cứu

Z: với $\alpha = 0.05$, ta có $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1.96$.

P: chọn = 0.50 để có cỡ mẫu lớn nhất

d = 0,05 (độ chính xác tuyệt đối).

Tính được n= 384. Để giảm hiệu ứng thiết kế, chúng tôi nhân 3 cho cỡ mẫu. Cỡ mẫu cho nghiên cứu này: n=1.152 phụ nữ

Công cụ thu thập số liệu:

- Bảng câu hỏi soạn sẵn để thu thập các biến số độc lập.

- Bộ câu hỏi Chỉ Số Chức Năng Tình Dục Nữ năm 2000 (phụ lục 5): Đây là bộ câu hỏi được dịch từ FSFI - Female Sexual Function Index. Mỗi câu hỏi được cho điểm từ 0 hoặc 1 đến 5. Điểm số của mỗi nhóm được tính bằng cách cộng điểm của từng câu hỏi thuộc nhóm đó và nhân với một hệ số đã được tính toán của mỗi nhóm. Điểm số FSFI chung là tổng điểm số của 6 nhóm, tối thiểu là 2 và tối đa là 36. Ngưỡng điểm FSFI xác định RLTD chung có được từ một nghiên cứu so sánh điểm số FSFI ở những phụ nữ có bệnh án điều trị RLTD và những phụ nữ không bị RLTD tình nguyện làm nhóm so sánh [10]. Điểm ngưỡng để xác định sáu nhóm RLTD riêng biệt được dựa theo các nguồn thông tin đã được công bố [10][8], nhất là hai nghiên cứu trên đối tượng là người châu Á [7][8].

Phương pháp tiến hành:

Tiến hành chọn đối tượng nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên theo cụm (PPS). Chọn 30 phường. Mỗi phường gửi Thư ngỏ và mời đến 43 phụ nữ (n= 1.152:30 +10%)

Phỏng vấn thử

Phòng vấn thử 20 đối tượng nghiên cứu vào ngày khám phụ khoa miễn phí của cụm đầu tiên. Từ đó, chỉnh sửa cách hỏi cho phù hợp thực tế. Số liệu của 20 trường hợp này không tính trong tổng số đối tượng nghiên cứu.

Triển khai thu thập số liệu

+ Mỗi đối tượng nghiên cứu đến khám sẽ được thành viên nhóm nghiên cứu cung cấp Thông tin giới thiệu nghiên cứu; nếu đồng ý sẽ ký Phiếu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Phỏng vấn theo Bảng câu hỏi về đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng hôn nhân gia đình.

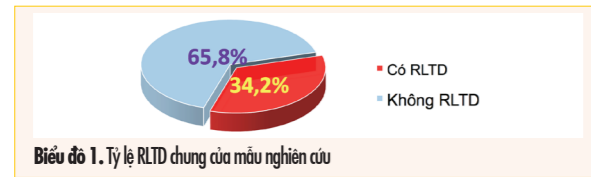
+ Sau khi khám phụ khoa, phỏng vấn theo bộ câu hỏi FSFI. Cuộc phỏng vấn được thực hiện trong buồng tư vấn đảm bảo riêng tư, chỉ có người phỏng vấn và đối tượng nghiên cứu. Trong quá trình phỏng vấn, đối tượng có thể xin ngừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào, thông tin vẫn đảm bảo bí mật.

Khi kết thúc phỏng vấn, đối tượng được cung cấp Tờ bướm thông tin về rối loạn tình dục nữ và địa chỉ tư vấn hỗ trợ khi có dấu hiệu RLTD nữ.

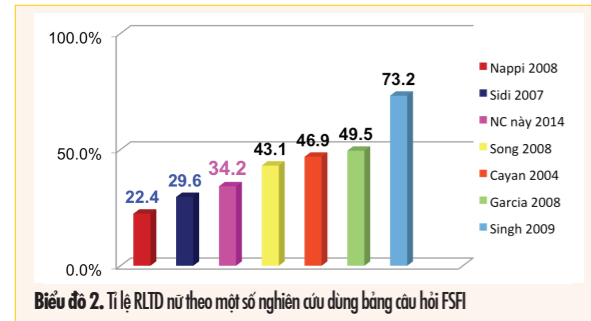
3. Kết quả và bàn luận

Đặc điểm rối loạn tình dục của mẫu nghiên cứu

Tổng số mẫu nghiên cứu là 1.160 phụ nữ, trong đó có 397 người được xác định có RLTD chung, chiếm tỷ lệ 34,2% với KTC 95% [31,5 – 37,1]. Nhiều nghiên cứu về tình dục nữ trên thế giới cũng sử dụng bảng



câu hỏi FSFI và cho kết quả về tỷ lệ RLTD nữ có sự khác biệt (biểu đồ 2).



Tỷ lệ RLTD ở nghiên cứu chúng tôi là 34,2%, cao hơn so với tỷ lệ RLTD của tác giả Sidi – Malaysia năm 2007 (29,6%) và Nappi- Italia năm 2008 (24,4%); nhưng lại thấp hơn tỷ lệ RLTD của tác giả Cayan – Thổ Nhĩ Kỳ năm 2004 (46,9%), tác giả Garcia- Colombia năm 2008 (49,5%) và tác giả Singh- Ấn độ năm 2009 (73,2%). Tuy nhiên, độ tuổi trong các nghiên cứu khác nhau. Các tác giả đều chọn tuổi bắt đầu là 18 tuổi- nghiên cứu của Singh bắt đầu từ 17 tuổi- nhưng tuổi lớn nhất được chọn vào các nghiên cứu dao động từ 52-75 tuổi. Do đó, sự so sánh này chỉ mang tính tương đối. Sự khác biệt này một phần còn do cách nhìn nhận cuộc sống tình dục khác nhau giữa các quần thể không tương đồng về văn hóa, truyền thống và qui tắc xã hội [8].

So sánh với một nghiên cứu năm 2008 của tác giả Song tại Hàn quốc có đặc điểm khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi- cũng là một quốc gia châu Á, trên 504 phụ nữ ở độ tuổi 18-52, thì tỷ lệ RLTD là 43,1% - cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Có thể lý giải tỷ lệ thấp hơn của chúng tôi là phụ nữ Việt nam vẫn còn quan niệm “phục vụ là chính” trong hoạt động tình dục với gần 77,8% trả lời “quan hệ tình dục là cho xong nghĩa vụ” và chỉ có 22,1% là có thích thú thực sự với “chuyện gối chăn”. Chính vì thế, yêu cầu của hoạt động tình dục hoặc của một lần quan hệ tình dục không quá cao ở người nữ. Đối với đa số phụ nữ, chuyện đạt khoái cảm không phải là bắt buộc và họ cũng thỏa mãn với lần quan hệ đó với ý nghĩ là mình đã hoàn thành nghĩa vụ làm vợ và người chồng hài lòng. Nghiên cứu cũng ghi nhận có 8,3% phụ nữ trả lời là có một vài lần chủ động “đánh tiếng” trước với chồng để quan hệ tình dục và chỉ có 0,8% số phụ nữ trong mẫu nghiên cứu thừa nhận đã số trường hợp quan hệ tình dục là do mình chủ động

gợi ý trước. Có đến 90,9 % phụ nữ trong nghiên cứu xác nhận là chưa bao giờ dám chủ động trước trong việc gợi chuyện quan hệ tình dục với chồng.

Các yếu tố liên quan rối loạn tình dục

Qua phân tích hồi quy đơn biến 10 yếu tố nhân khẩu học của vợ và một số đặc điểm của chồng với RLTD chung của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi tìm thấy 8 yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê, với $P < 0,05$. Đó là: tuổi vợ, BMI (dư cân và mập phì), tình trạng nhà ở, con ngủ chung với bố mẹ, tâm sự với chồng về sở thích chăn gối, số lần quan hệ trong tháng, thời gian chung sống, khả năng tình dục yếu của người chồng.

Nhằm kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi đưa các yếu tố chính liên quan của mục tiêu nghiên cứu và biến số nền, các biến số này đều có $P < 0,25$ trong phân tích đơn biến - gồm 10 yếu tố- vào phương trình hồi quy đa biến để tìm yếu tố liên quan thực sự RLTD nữ. Việc đưa 10 biến số này vào phương trình với cỡ mẫu 1.160, đủ năng lực mẫu cho phương trình hồi qui đa biến.

Bảng 1. Phân tích đa biến mối liên quan giữa các yếu tố với RLTD chung

Yếu tố liên quan	RLTD N = 397 (%)	KRLTD N = 763 (%)	PR	PR*	P**
Nhóm tuổi vợ					
≤ 25	28 (23,1)	93 (76,9)	1	1	
26-30	73 (33,3)	146 (66,7)	1.66	1.91	0.052
31-35	117 (37,9)	191 (62,1)	2.03	1.36	0.354
35-40	104 (36,7)	179 (63,3)	1.93	1.19	0.613
≥ 41	75 (32,8)	151 (67,2)	1.62	1.06	0.876
BMI:					
Bình thường	255 (30,6)	578 (69,4)	1	1	
Gầy ốm	11 (22,5)	38 (77,7)	0.66	0.55	0.149
Dư cân ít	120 (46,3)	139 (43,7)	1.96	1.30	0.139
Mập phì	11 (57,9)	8 (42,1)	3.12	2.01	0.196
Nghề nghiệp					
Công nhân viên chức	141 (35,9)	252 (64,1)	1	1	
Buôn bán – Dịch vụ	92 (33,5)	183 (66,6)	0.90	0.93	0.701
Lao động PT	82 (37,1)	137 (62,9)	1.07	1.06	0.795
Nội trợ	75 (30,4)	172 (69,1)	0.78	0.74	0.151
Học sinh – Sinh viên	7 (26,9)	19 (73,1)	0.66	1.43	0.541
Tình trạng nhà ở					
Nhà riêng	222 (31,6)	480 (68,4)	1	1	
Sống chung	175 (38,2)	283 (61,8)	1.34	0.97	0.843
Có con ngủ chung					
Không	216 (30,8)	485 (69,2)	1	1	
Có	118 (39,4)	278 (60,6)	1.46	1.56	0.01
Tâm sự về TD với chồng					
Không	299 (45,1)	365 (54,9)	1	1	
Có	98 (19,8)	398 (80,2)	0.30	0.52	0.001
Số lần quan hệ trong tháng					
≥ 5 lần	144 (21,8)	516 (78,2)	1	1	
≤ 4 lần	253 (50,6)	247 (49,4)	3.67	2.05	0.001
Học vấn của chồng					
≤ Cấp 1	26 (44,1)	33 (55,9)	1	1	
Cấp 2	148 (34,9)	275 (65,1)	0.68	0.79	0.479

(PR) Hồi qui đơn biến; (PR*) Hồi qui đa biến
 (**) P trị giá của hồi qui đa biến

Một số yếu tố có liên quan với RLTD trong phân tích đơn biến nhưng lại không có ý nghĩa ($P > 0,05$) khi phân tích đa biến là: tuổi người vợ, BMI và tình trạng nhà ở.

Các yếu tố có liên quan đến RLTD nữ qua phân tích đa biến trong nghiên cứu này là: con ngủ chung với bố mẹ, tâm sự của người vợ với chồng về sở thích chăn gối, số lần quan hệ trong tháng, khả năng tình dục của người chồng và thời gian chung sống.

Tình trạng con ngủ chung với bố mẹ là một yếu tố có liên quan thực sự với RLTD. Ở nhóm phụ nữ có con cái ngủ chung với bố mẹ tăng nguy cơ RLTD lên 1,56 lần (PR*) so với nhóm có con cái ngủ riêng. PR* tăng hơn 10% so với PR. Yếu tố này chưa thấy được khảo sát trong các nghiên cứu đã công bố ở nước ngoài. Có lẽ do thói quen trong sinh hoạt khác nhau của các quốc gia, khi đa số con cái ở các nước, nhất là phương Tây, đều ngủ riêng chứ không ngủ chung với bố mẹ như ở các nước Á đông mà Việt nam là một ví dụ. Việc sắp xếp sinh hoạt gia đình, do đó, góp phần quan trọng trong cuộc sống tình dục.

Số lần quan hệ trong tháng cũng là một yếu tố liên quan. Nếu chọn điểm cắt ≤ 4 lần là ít, nhóm đối tượng có quan hệ tình dục ít trong tháng làm tăng nguy cơ RLTD lên 2,05 (PR*) lần so với nhóm quan hệ ≥ 5 lần trong tháng. PR* giảm hơn 10% so với PR. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy sự quan hệ không đều đặn có thể khiến người phụ nữ cảm thấy không còn được yêu thương và do đó, tác động rất lớn đến ham muốn và phấn khích tình dục [5] [9]. Ngoài ra, sự nghi ngờ các ông chồng đi “ngoài luồng” nên hờ hững chăn gối với vợ càng làm cho sự ức chế tâm lý nặng nề, khiến nhiều người phụ nữ bị lãnh cảm, không còn mặn nồng với chuyện gối chăn [3].

Khả năng tình dục của người chồng yếu là yếu tố liên quan chặt chẽ nhất trong tất cả các yếu tố liên quan thực sự đến RLTD nữ. Nói cách khác, đây là yếu tố “nguy hiểm” nhất khi làm tăng nguy cơ RLTD cho người vợ lên 4,22 lần so với nhóm người vợ có chồng với khả năng tình dục bình thường. PR* giảm hơn 10% so với PR. Chưa thấy nghiên cứu nước ngoài báo cáo về sự liên quan này. Nhưng trên thực tế, rõ ràng yếu tố này đóng vai trò không nhỏ trong sự hòa hợp tình dục, nhất là khi người vợ ở trong tuổi sinh

đẻ, là giai đoạn có hoạt động tình dục sung mãn nhất trong cuộc đời của người phụ nữ. Tình dục được cho là thước đo sự hòa hợp và là cấu nối bền chặt của cuộc sống hôn nhân [6]. Sự đáp ứng hiệu quả của người chồng ở các phụ nữ có hoạt động tình dục bình thường sẽ mang lại sự ổn định trong quan hệ tình dục nói riêng cũng như trong cuộc sống nói chung cho người vợ.

Về thời gian chung sống, số liệu cho thấy nhóm bắt đầu sống với nhau từ hơn 5 năm tỷ lệ RLTD cao hơn nhóm mới lập gia đình trong vòng 1 năm khoảng 2,1 lần. PR* tăng hơn 10% so với PR. Thoạt nghe có vẻ nghịch lý nhưng trên thực tế: sống chung với chồng càng lâu nhưng thiếu sự tâm sự để thông hiểu hoặc không thể hòa hợp tình dục thì vợ càng chán chồng hơn và do đó, càng có biểu hiện RLTD.

Cả 5 yếu tố liên quan đến RLTD nữ trong phân tích hồi quy đa biến của nghiên cứu này đều chưa được khảo sát chi tiết trong các nghiên cứu nước ngoài. Điều này cho thấy hoạt động tình dục chịu tác động bởi rất nhiều yếu tố và những môi trường văn hóa xã hội khác nhau có những tác động đa dạng lên cuộc sống tình dục.

4. Kết luận

Nghiên cứu khảo sát 1.160 phụ nữ tuổi sinh đẻ tại thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 5 đến tháng 11 năm 2013, cho thấy tỷ lệ RLTD nữ là 34,2%. Các yếu tố liên quan với RLTD nữ tuổi sinh sản gồm: con ngủ chung với bố mẹ, thiếu tâm sự của người vợ với chồng về sở thích chăn gối, quan hệ tình dục trong tháng ít hơn 5 lần, khả năng tình dục của người chồng kém, và thời gian chung sống từ 5 năm trở lên.

5. Kiến nghị

1. Tuyên truyền để phụ nữ trong độ tuổi sinh sản quan tâm đến những điều không quá khó sau đây để đảm bảo cuộc sống tình dục thỏa mãn và hạnh phúc gia đình:
 - Sắp xếp sinh hoạt gia đình để có không gian riêng cho hai vợ chồng và duy trì quan hệ tình dục từ 5 lần trở lên mỗi tháng
 - Tâm sự thẳng thắn với chồng về sở thích chăn gối
2. Người chồng cần quan tâm đến sức khỏe tình dục của mình.

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh viện Từ Dũ (2008). Thống kê bệnh viện hàng năm.
2. Chiến lược Dân số- sức khỏe sinh sản Việt nam giai đoạn 2011-2020- Quyết định phê duyệt số 2013-TTg ngày 14/11/2011 của Thủ tướng Chính phủ.
3. Khuất Thu Hồng (1997). Nghiên cứu tình dục ở Việt nam- những điều đã biết và chưa biết. Hội thảo về Nghiên cứu Tình dục ở Việt nam, Viện Xã hội học Việt nam-29/01/1997.
4. Ngô Thị Yên, Nguyễn Đỗ Nguyên (2009). Rối loạn tình dục nữ ở khách hàng đến Đơn vị Tư vấn Tình dục của Bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Thông tin Y dược, Bộ Y tế, số tháng 01/2011:32-36.
5. Aslan E et al.(2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: avstudy of 1009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. J Sex Med. Sep; J(9):2044-52.Epub 2008 Jun 18.
6. Richard D. McAnulty; M.Michele Burnette. Sex and Sexuality, volume

- 2(2006) Sexual function and dysfunction: 14-32.
7. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M (2007). The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factor that may impair sexual function in Malaysian women. Journal of Sex Medicine Mar; 4 (2): 311-21.
8. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India.J Postgrad Med Apr-Jun;55(2):113-20.
9. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D (2004). A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. Annual Review of Sex Research 15: 40-172.
10. Wiegel M, Meston C, Rosen R (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and Development of Clinical Cutoff Scores.J Sex Marital Ther 31:1-20.