

Droga pacjentko,

ból trwający ponad 3-6 miesięcy wykracza poza naturalne procesy gojenia się tkanek i nosi znamiona bólu przewlekłego. By lepiej ocenić jego komponenty i wpływ na różne sfery życia, wypełnił znajdujące się poniżej kwestionariusze. Ich wyniki omówimy wspólnie na wizycie. Pomogą one w doborze odpowiedniego i indywidualnego planu terapeutycznego.

Do kogo skierowane są kwestionariusze:

- do kobiet cierpiących z powodu bólu/pieczenia/kłucia, pulsowania/nadwrażliwości w obszarze krocza/warg pochwowych/ wejścia do pochwy
- do kobiet które są niezdolne do podjęcia aktywności seksualnej lub w trakcie stosunku często pojawia się ból i dyskomfort
- do kobiet, które miewają częste infekcje pochwy i/lub dróg moczowych
- do kobiet, które nie są zdolne do wykonania badania ginekologicznego i/lub włożyć tampon
- do kobiet, które w opinii swojego lekarza ginekologa usłyszały jedną w poniższych diagnoz:
 - Vuvłodynia
 - Coccygodynia
 - Pochwica (vaginizm)
 - Vestibulodynia
 - Endometrioza

Z poważaniem,
Marta Błocińska
fizjoterapeutka uroginekologiczna

Kwestionariusz CSI A

W każdym z wierszy oznacz odpowiedź najbardziej pasującą do stwierdzeń:

Czuje się zmęczony i niewypoczęty po przebudzeniu	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Moje mięśnie są sztywne i obolałe	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Mam napady lęku	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Zaciskam zęby lub zgrzytam zębami	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Mam biegunki i/lub zaparcia	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Potrzebuję pomocy w wykonywaniu codziennych czynności	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Jestem wrażliwy na jasne światło	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Łatwo się męczę podczas aktywności fizycznej	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Odczuwam ból całego ciała	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Mam bóle głowy	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Odczuwam dyskomfort w pęcherzu moczowym i/lub odczuwam pieczenie podczas oddawania moczu	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Źle śpiam	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Mam trudności z koncentracją	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Mam problemy ze skórą, takie jak: suchość, swędzenie, wysypka	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Stres pogarsza moje dolegliwości fizyczne	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Czuję się smutny lub przygnębiony	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Mam mało energii	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Odczuwam napięcie mięśni karku i barków	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Mam bóle szczęki	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Niektóre zapachy (np. perfumy) sprawiają że mam zawroty głowy i/lub nudności	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Często oddaję mocz	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Gdy idę spać, odczuwam w kończynach dolnych dyskomfort i niepokój	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Mam trudności z zapamiętywaniem	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Przeżywałem traumę w dzieciństwie	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
Mam bóle w okolicy miednicy	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE

Kwestionariusz CSI B

Zaznacz schorzenia, które Ciebie dotyczą i podaj rok diagnozy:

	TAK	NIE	ROK DIAGNOZY
Zespół niespokojnych nóg			
Zespół chronicznego zmęczenia			
Fibromialgia			
Dysfunkcja stawu skroniowo- żuchwowego			
Migreny lub napięciowe bóle głowy			
Zespół jelita drażliwego			
Nadwrażliwość/uczulenie na substancje chemiczne			
Urazy szyi (w tym kręgosłupa szyjnego)			
Zaburzenia lękowe lub napady paniki			
Depresja			

Każdy w pewnym momencie swojego życia doświadcza ciężkich chwil. Ludzie są narażeni na sytuacje, które mogą doprowadzić do urazu, bólu, choroby.

Poniżej znajduje się 13 stwierdzeń opisujące różne myśli i odczucia, które mogą wiązać się z bólem. Przy pomocy poniższej skali proszę o wskazanie, z jakim nasileniem występują u Pani takie myśli i odczucia, gdy pojawia się ból.

0 – wcale 1 – w małym stopniu 2 – w umiarkowanym stopniu 3 – w dużym stopniu 4 – w najwyższym stopniu

Kiedy odczuwam ból...

- 1 Cały czas się martwię, czy ten ból się kiedykolwiek skończy.
- 2 Czuję, że nie dam rady tak funkcjonować.
- 3 Czuję się strasznie i myślę, że to się nigdy nie poprawi.
- 4 Czuję się okropnie i wydaje mi się, że sobie z nim nie radzę.
- 5 Czuję, że więcej bólu już nie zniosę.
- 6 Zaczynam się bać, że ból się pogorszy.
- 7 Wciąż myślę o innych sytuacjach, w których odczuwałem(-am) ból fizyczny.
- 8 Rozpaczliwie chcę, aby ból ustąpił.
- 9 Nie mogę się pozbyć myśli o bólu.
- 10 Cały czas myślę o tym, jak bardzo mnie boli.
- 11 Cały czas myślę o tym, jak bardzo chcę, żeby ten ból się skończył.
- 12 Nie mogę nic zrobić, aby zmniejszyć intensywność tego bólu.
- 13 Zastanawiam się, czy może mi się stać coś poważnego.

Wypełnij zgodnie z punktacją:

1: zdecydowanie się nie zgadzam

2: nie zgadzam się

3: zgadzam się

4: zdecydowanie się zgadzam

1.	Boję się, że mogę ulec urazowi, jeśli będę ćwiczył/a	1	2	3	4
2.	Gdybym próbował/a pokonać ten lęk, mój ból by się nasilił	1	2	3	4
3.	Moje ciało daje mi znać, że dzieje się ze mną coś niebezpiecznego	1	2	3	4
4.	Mój ból prawdopodobnie by się zmniejszył, gdybym ćwiczył/a	1	2	3	4
5.	Ludzie nie traktują mojego stanu zdrowia poważnie	1	2	3	4
6.	Mój uraz spowodował, że moje ciało będzie narażone na ryzyko do końca życia	1	2	3	4
7.	Ból zawsze oznacza, że doznałem/łam urazu ciała	1	2	3	4
8.	To, że coś wzmacnia mój ból, nie znaczy że jest to niebezpieczne	1	2	3	4
9.	Boję się, że przez przypadek mogę ulec urazowi	1	2	3	4
10.	Zachowanie ostrożności polegającej na tym, iż nie wykonuję żadnych zbędnych ruchów, jest najbezpieczniejszą rzeczą jaką mogę zrobić, aby zapobiec nasileniu się bólu	1	2	3	4
11.	Nie odczuwałbym/abym takiego bólu, gdyby w moim ciele nie działo się nic potencjalnie niebezpiecznego	1	2	3	4
12.	Chociaż mój ból jest dokuczliwy, będę czuł/a się lepiej, jeżeli będę aktywny/a fizycznie	1	2	3	4
13.	Ból daje mi znać, kiedy przestać ćwiczyć, żeby uniknąć urazu	1	2	3	4
14.	Nie jest bezpieczne, aby osoba w moim stanie zdrowia była aktywna fizycznie.	1	2	3	4
15.	Nie mogę wykonywać wszystkich czynności, jakie wykonują inni gdyż łatwo mogę doznać urazu.	1	2	3	4
16.	Nawet jeśli coś sprawia mi dużo bólu, nie uważam aby było naprawdę niebezpieczne	1	2	3	4
17.	Nie powinno się ćwiczyć, jeśli odczuwa się ból	1	2	3	4

Kwestionariusz FreBAQ

Posługując się poniższą skalą, wskaż w jakim stopniu miałaś wskazane odczucia względem Twojej [tu wpisz Twoją bolesną część ciała, np. kość ogonowa, krzyżowa, spojenie łonowe, pochwa itp.]

	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
1. Moja _____ wydaje się nie być integralną częścią mojego ciała					
2. Muszę skupić się na mojej _____ by poruszyć nią w taki sposób jak chcę					
3. Czuję jakby moja _____ poruszała się bez mojej kontroli					
4. W trakcie codziennych aktywności nie jestem pewna jak porusza się moja _____					
5. W trakcie codziennych aktywności nie jestem pewna pozycji/ułożenia mojej _____					
5. Nie jestem w stanie poczuć dokładnego kształtu mojej _____					
6. Moja _____ często wydaje się powiększona/spuchnięta					
7. Moja _____ wydaje się obkurczona					
8. Moja _____ wydaje się niesymetryczna					



Zaznacz na skali jak pewnie i swobodnie czujesz się w czynnościach obecnie, **pomimo odczuwanego bólu.**

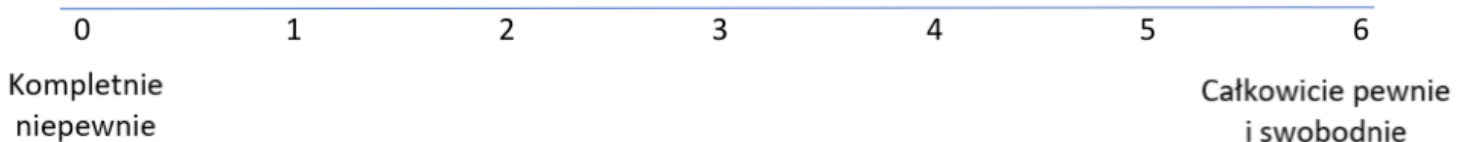
Oznacz odpowiednią cyfrą:

0: kompletnie niepewnie

6: całkowicie pewnie i swobodnie

Pamiętaj, że kwestionariusz nie sprawdza, czy wykonałeś dane aktywności w ostatnim czasie, ale sprawdza to, jakbyś się czuła wykonując je obecnie, pomimo odczuwanego bólu.

1. Mogę wykonywać określone prace domowe/ zawodowe, pomimo odczuwanego bólu



2. Mogę prowadzić normalne życie, pomimo odczuwanego bólu

