



Droga Pacjentko!

Poniżej znajdują się kwestionariusze oceniające pracę Twojego dna miednicy. Jeśli zmagasz się z bolesnymi stosunkami – wypełnij ankiety i zabierz je ze sobą na pierwszą wizytę lub wyślij przed wizytą na adres email: **kontakt@zdrowietopostawa.pl**

Dlaczego zachęcam do wypełnienia ankiet? Dzięki kwestionariuszom i wywiadowi jestem w stanie ocenić przyczynę bólu i ocenić pracę mięśni dna miednicy w różnych sytuacjach. Dobra i szczegółowa ocena jest kluczem do dalszych etapów terapii.

Kwestionariusze są skierowane:

- do kobiet cierpiących z powodu bólu/pieczenia/kłucia/pulsowania/nadwrażliwości w obszarze krocza
- 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
- do kobiet, u których podejrzewana jest wulwodynia, pochwica, westibulodynia, dyspareunia, endometrioza.

Informacje o przechowywaniu danych osobowych znajdują się na stronie: **zdrowietopostawa.pl/rodo-w-gabiniecie**

Marta Bielejewska
fizjoterapeutka uroginekologiczna

Kwestionariusz CSI A

Poniżej znajdują się stwierdzenia dotyczące Twojego samopoczucia i funkcjonowania organizmu na co dzień. Kwestionariusz CSI A daje obraz tego, jak pracuje Twój układ nerwowy i czy Twoje ciało mierzy się z dużym stresem.

Czuję się zmęczona i niewypoczęta 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 wrażliwa 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 smutna lub przygnębiona	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam mało energii	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwam napięcie mięśni barków i karku	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
Przeżywałam traumę w dzieciństwie	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam bóle w okolicy miednicy	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze

Kwestionariusz CSI B

Zaznacz schorzenia, z którymi się borykasz. W wolnej kolumnie wpisz rok diagnozy

Zespół niespokojnych nóg	tak	nie	
Zespół przewlekłego zmęczenia	tak	nie	
Fibromialgia	tak	nie	
Dysfunkcja stawu skroniowo-żuchwowego	tak	nie	
Migreny lub napięciowe bóle głowy	tak	nie	
Zespół jelita drażliwego	tak	nie	
Nadwrażliwość/ uczulenie na substancje chemiczne	tak	nie	
Urazy szyi/ kręgosłupa szyjnego	tak	nie	
Zaburzenia lękowe lub napady paniki	tak	nie	
Depresja	tak	nie	

Kwestionariusz PCS

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 Ciebie 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..

- ☐ Cały czas się martwię, czy ten ból się kiedykolwiek skończy.
- ☐ Czuję, że nie daję rady tak funkcjonować
- ☐ Czuję się strasznie i myślę, że to się nigdy nie poprawi
- ☐ Czuję się okropnie i wydaje mi się, że sobie z nim nie poradzę
- ☐ Czuję, że więcej bólu już nie zniosę
- ☐ Zaczynam się bać, że ból się pogorszy
- ☐ Wciąż myślę o innych sytuacjach, w których odczuwałam ból fizyczny
- ☐ Rozpaczliwie chcę, aby ból ustąpił
- ☐ Nie mogę się pozbyć myśli o bólu
- ☐ Cały czas myślę o tym, jak bardzo mnie boli
- ☐ Cały czas myślę o tym, jak bardzo chcę, żeby ten ból się skończył
- ☐ Nie mogę nic zrobić, aby zmniejszyć intensywność tego bólu
- ☐ Zastanawiam się, czy może mi się stać coś poważnego

Kwestionariusz TSK

Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) to szeroko stosowany kwestionariusz przeznaczony do oceny kinezyfobii, czyli lęku przed ruchem lub ponownym urazem. Stwierdzenia dotyczą ćwiczeń mięśni dna miednicy, okolicy pochwy i odbytu. Wypełnij zgodnie z punktacją:

1 - zdecydowanie się nie zgadzam

2 - nie zgadzam się

3 - zgadzam się

4 - zdecydowanie się zgadzam

Boję się, że mogę ulec urazowi jeśli będę ćwiczyła	1	2	3	4
Gdybym próbowała pokonać ten lęk to mój ból by się nasilił	1	2	3	4
Moje ciało daje mi znać, że dzieje się ze mną coś niebezpiecznego	1	2	3	4
Mój ból prawdopodobnie by się zmniejszył, gdybym ćwiczyła	1	2	3	4
Ludzie nie traktują mojego stanu zdrowia poważnie	1	2	3	4
Mój uraz spowodował, że moje ciało będzie narażone na ryzyko do końca życia	1	2	3	4
Ból zawsze oznacza, że doznałam urazu	1	2	3	4
To, że coś wzmacnia mój ból, nie znaczy, że jest niebezpieczne	1	2	3	4
Boję się, że przez przypadek mogę ulec urazowi	1	2	3	4

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
Nie odczuwałabym takiego bólu, gdyby w moim ciele nie działo się nic potencjalnie niebezpiecznego	1	2	3	4
Chociaż mój ból jest dokuczliwy, będę czuła się lepiej, jeżeli będę aktywna fizycznie	1	2	3	4
Ból daje mi znać kiedy przestać ćwiczyć, żeby uniknąć urazu	1	2	3	4
Nie jest bezpieczne, aby osoba w moim stanie zdrowia była aktywna fizycznie	1	2	3	4
Nie będę wykonywać wszystkich czynności, jakie wykonują inni gdyż łatwo mogę doznać urazu	1	2	3	4
Nawet jeśli coś sprawia mi dużo bólu, nie uważam, aby było naprawdę niebezpieczne	1	2	3	4
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.]

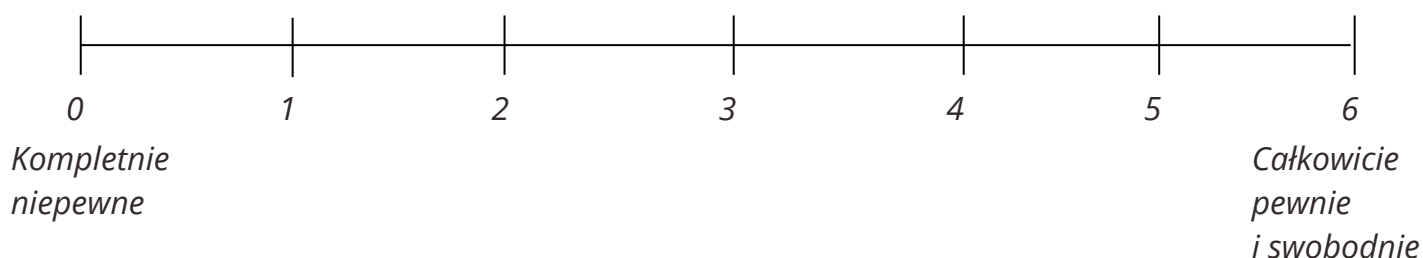
Moja _____ wydaje się nie być integralną częścią mojego ciała	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Muszę skupić się na _____ by poruszać nią w taki sposób jaki ja chcę	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czuję jakby moja _____ poruszała się bez mojej kontroli	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
W trakcie codziennych aktywności nie jestem pewna jak porusza się moja _____	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
W trakcie codziennych aktywności nie jestem pewna pozycji/ułożenia mojej _____	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Nie jestem w stanie poczuć kształtu mojej _____	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Moja _____ często wydaje się spuchnięta/ powiększona	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Moja _____ wydaje się obkurczona	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Moja _____ wydaje się asymetryczna	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze

Kwestionariusz PASEQ - 2

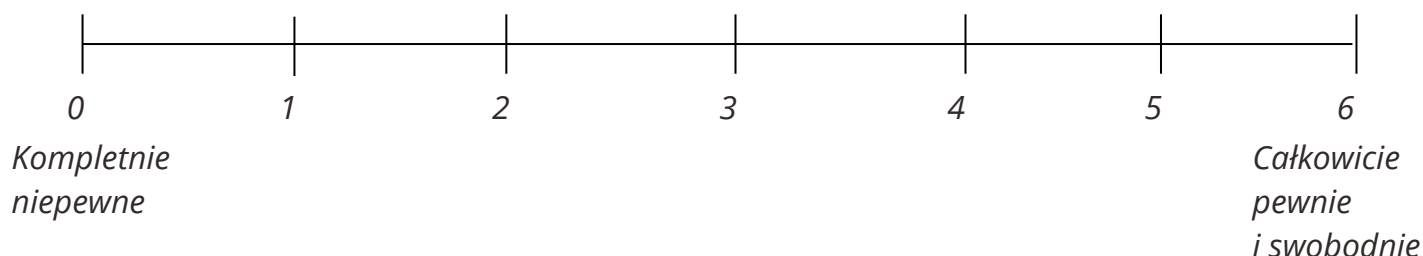
Zaznacz na skali jak pewnie i swobodnie czujesz się w czynnościach obecnie, pomimo odczuwanego bólu.

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

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



2. Mogę prowadzić normalne życie, pomimo odczuwanego bólu



Kwestionariusz DASS - 21

Proszę przeczytać każde zdanie i zaznaczyć odpowiedź, która sugeruje Twoje nasilenie w ostatnim tygodniu. Pamiętaj, że wypełniając test nie ma prawidłowych lub złych odpowiedzi – są tylko poprawne – Twoje odczucie.

Trudno było mi się odprężyć	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwałam suchość w ustach	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Nie mogłam doświadczyć pozytywnych uczuć	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwałam trudność w oddychaniu(duszności, przyspieszony oddech bez wcześniejszego wysiłku)	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Trudno było mi znaleźć inicjatywę do działania	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Miałam skłonności do przesadnego reagowania na różne sytuacje	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwałam drżenie(np. rąk)	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że zużywam dużo nerwowej energii	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Byłam przestraszona sytuacjami, gdzie mogłam spanikować lub ośmieszyć się	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że nie ma przede mną przyszłości, nic mnie nie czeka w życiu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam się pobudzona/ niespokojna	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze

Trudno było się zrelaksować	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam się przygnębiona i smutna	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Byłam nietolerancyjna do wszystkiego, co uniemożliwiało mi wzięcie udziału w tym, co robiłam	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Byłam bliska wpadnięciu w panikę	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Nie byłam zdolna do odczuwania entuzjazmu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że jestem niewiele warta	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że jestem raczej przewrażliwiona	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Zdałam sobie sprawę z pracy mojego serca mimo braku wysiłku fizycznego (np. przyspieszone bicie serca, zanik bicia serca)	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam się przestraszona bez powodu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że życie nie ma sensu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze

Kwestionariusz AIS

Zakreśl odpowiedź przy wymienionych poniżej objawach, jeśli występowały co najmniej 3 razy w tygodniu w ciągu ostatniego miesiąca.

Zasypianie po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła	szybkie	nieznacznie opóźnione	opóźnione	bardzo opóźnione lub bezsenność
Budzenie się w nocy	nie występuje	sporadycznie	często	bardzo często lub bezsenność
Budzenie się rano wcześniej niż planowano	o zamierzonej godzinie	nieznacznie wcześniej	znacznie wcześniej	dużo wcześniej lub bezsenność
Całkowity czas snu	wystarczający	nieznacznie wystarczający	wyraźnie niewystarczający	całkowicie niewystarczający lub bezsenność
Jakość snu, niezależnie od czasu jego trwania	satysfakcjonująca	nieznacznie niesatysfakcjonująca	wyraźnie niesatysfakcjonująca	całkowicie niesatysfakcjonująca
Samopoczucie następnego dnia	dobrze	nieznacznie gorsze	wyraźnie gorsze	wybitnie gorsze
Sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia	niezaburzona	nieznacznie zaburzona	wyraźnie zaburzona	wybitnie zaburzona
Senność w ciągu dnia	nie zdarza się	nieznaczna	wyraźna	bardzo nasilona