

**Szanowna Pacjentko,**

Ból trwający powyżej 3-6 miesięcy wykracza poza naturalne procesy gojenia tkanek i nosi znamiona bólu przewlekłego. By lepiej ocenić jego komponenty oraz wpływ na różne sfery życia wypełnij załączone kwestionariusze. Ich wyniki omówimy w trakcie wizyty. Pomoże to w doborze odpowiedniego dla Ciebie, skuteczniejszego postępowania.

## CSI A

W każdym z wierszy zaznacz odpowiedź najbardziej pasującą do stwierdzenia:

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

## CSI B

Czy byłaś diagnozowana z powodu jednej z poniższych chorób? Zaznacz odpowiedź dla każdej choroby 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			

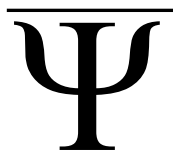
## DASS 21

Proszę przeczytać każde stwierdzenie i zaznaczyć cyfrę 0, 1, 2 lub 3, która wskazuje, jak bardzo dane stwierdzenie odnosi się do Ciebie w okresie *ostatniego tygodnia*. Nie ma dobrych lub złych odpowiedzi. Nie zastanawiaj się zbyt długo nad odpowiedzią.

*Cyfry oznaczają:*

- 0 Nie odnosiło się to do mnie w ogóle
  - 1 Odnosiło się to do mnie w pewnym stopniu lub przez pewien czas
  - 2 Odnosiło się to do mnie w dużym stopniu lub przez długi czas
  - 3 Odnosiło się to do mnie w bardzo dużym stopniu lub przez większość czasu
- 

1	Trudno było mi się odprężyć (S)	0	1	2	3
2	Odczuwałam/em suchość w ustach (A)	0	1	2	3
3	Nie mogłam/em doświadczyć pozytywnych uczuć (D)	0	1	2	3
4	Odczuwałam/em trudności w oddychaniu (np. duszności, przyspieszony oddech bez wcześniejszego wysiłku fizycznego (A)	0	1	2	3
5	Trudno było mi znaleźć inicjatywę do działania (D)	0	1	2	3
6	Miałam/em skłonności do przesadnego reagowania na różne sytuacje (S)	0	1	2	3
7	Odczuwałam/em drżenie np. rąk (A)	0	1	2	3
8	Czułam/em, że zużywam dużo nerwowej energii (S)	0	1	2	3
9	Byłam/em przestraszony sytuacjami, gdzie mogłam/em spanikować lub ośmieszyć się (A)	0	1	2	3
10	Czułam/em, że nie ma przede mną przyszłości, nic mnie nie czeka w życiu (D)	0	1	2	3
11	Czułam/em się pobudzona/y, niespokojna/y (S)	0	1	2	3
12	Trudno było mi się zrelaksować (S)	0	1	2	3
13	Czułam/em się smutna/y i przygnębiona/y (D)	0	1	2	3
14	Nie mogłam znieść, jak cokolwiek przeszkadzało mi w tym, co akurat robiłam (S)	0	1	2	3
15	Czułam/em, że jestem bliska/i wpadnięcia w panikę (A)	0	1	2	3
16	Nie byłam/em zdolna/y do odczuwania entuzjazmu (D)	0	1	2	3
17	Czułam/em, że jestem niewiele warta/y (D)	0	1	2	3
18	Czułam, że jestem raczej przewrażliwiona/y (S)	0	1	2	3
19	Czułam bicie swojego serca, kiedy nie wykonywałam żadnego wysiłku fizycznego (np. odczuwanie przyspieszenia akcji serca, zamierania serca (A)	0	1	2	3
20	Czułam/em się przestraszona/y bez powodu (A)	0	1	2	3
21	Czułam, że życie nie ma sensu (D)	0	1	2	3



Copyright © 1995  
Michael JL Sullivan

# PCS

Każdy w pewnych momentach życia doświadcza bolesnych sytuacji. Takie doświadczenia mogą obejmować bóle głowy, zęba, stawów lub mięśni. Ludzie często są narażeni na sytuacje, które mogą powodować ból, takie jak choroby, obrażenia, zabiegi stomatologiczne lub chirurgiczne.

Interesują nas różne myśli i odczucia, które towarzyszą Panu/Pani, kiedy odczuwa Pan/Pani ból. Poniżej znajduje się trzynaście stwierdzeń opisujących różne myśli i odczucia, które mogą wiązać się z bólem. Przy pomocy poniższej skali prosimy o wskazanie, z jakim nasileniem występują u Pana/Pani takie myśli i odczucia, gdy odczuwa Pan/Pani 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 znośę.
- 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.

## TSK-11

Wypełnij zgodnie ze wzorem:

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.	Ludzie nie traktują mojego stanu zdrowia poważnie	1	2	3	4
5.	Mój uraz spowodował, że moje ciało będzie narażone na ryzyko do końca życia	1	2	3	4
6.	Ból zawsze oznacza, że doznałem/łam urazu ciała	1	2	3	4
7.	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
8.	Nie odczuwałbym/abym takiego bólu, gdyby w moim ciele nie działało się nic potencjalnie niebezpiecznego	1	2	3	4
9.	Ból daje mi znać, kiedy przestać ćwiczyć, żeby uniknąć urazu	1	2	3	4
10.	Nie mogę wykonywać wszystkich czynności, jakie wykonują inni gdyż łatwo mogę doznać urazu.	1	2	3	4
11.	Nie powinno się ćwiczyć, jeśli odczuwa się ból	1	2	3	4

**FreBAQ**

Posługując się poniższą skalą wskaż w jakim stopniu miałś wskazane odczucia względem Twojej \_\_\_\_\_ (tu wpisz Twoją bolesną część ciała np. kość ogonowa/miednica/okolica krocza/przedsionek pochwy itd.)

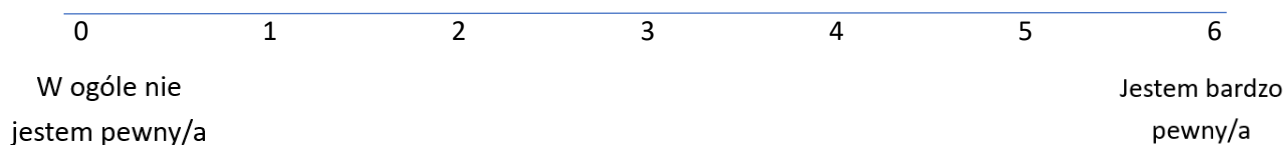
	NIGDY	RZADKO	CZASAMI	CZĘSTO	ZAWSZE
1. Moja _____ wydaje się nie być integralną częścią mojego ciała					
2. Musze skupić się na mojej _____ by poruszyć nią w taki sposób jak chcę					
3. Czuję jakby moja _____ poruszała się bez mojej kontroli					
4. W trakcie codziennych aktywności nie jestem pewna 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					

## PSEQ-2

Zaznacz, jak pewien/pewna jesteś, że możesz wykonywać poniższe aktywności obecnie, **pomimo odczuwanego bólu**. Oznacz odpowiednią cyfrę w każdym wierszu (0: w ogóle nie jestem pewny/a, 6: Jestem bardzo pewny/a).

Pamiętaj, ten kwestionariusz nie sprawdza, czy wykonywałeś/łaś poniższe aktywności w ostatnim czasie, ale jak jak pewien/pewna jesteś, że mógłbyś/mogłabyś wykonywać je obecnie, **pomimo odczuwanego bólu**.

1. Mogę wykonywać określone prace (prace domowe, praca zawodowa), pomimo odczuwanego bólu



2. Mogę prowadzić normalne życie, pomimo odczuwanego bólu

