

Skala oceny objawów menopauzy (Polish version of the MRS)

Które z następujących objawów występują obecnie u Pani? Proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę dla każdego objawu. W przypadku objawów, które u Pani nie występują, proszę zaznaczyć „brak”.

Objawy:

	brak	łagodne	umiarkowane	poważne	bardzo poważne
Ocena =	----- ----- ----- -----				
	0	1	2	3	4
1. Uderzenia gorąca, pocenie się (epizody pocenia się).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kłopoty z sercem (zwraca Pani uwagę na bicie serca, nieregularne bicie serca, szybkie bicie serca, ucisk w piersi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemy ze snem (trudności z zasypianiem, trudności z przespaniem całej nocy, wczesne budzenie się).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nastrój depresyjny (uczucie przygnębienia, smutku, bycie bliskim płaczu, brak motywacji do działania, huśtawka nastrojów)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Drażliwość (uczucie zdenerwowania, wewnętrzny niepokój, uczucie agresji)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lęk (wewnętrzna nerwowość, uczucie paniki).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wyczerpanie fizyczne i umysłowe (ogólnie mniejsze możliwości, pogorszenie pamięci, obniżona zdolność koncentracji, zapominanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Problemy seksualne (zmiana w pożądaniu seksualnym, seksualnej aktywności i satysfakcji).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Problemy z pęcherzem (trudności z oddawaniem moczu, zwiększona potrzeba oddawania moczu, nietrzymanie moczu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Suchość pochwy (uczucie suchości lub pieczenia w pochwie, trudności podczas stosunku seksualnego).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dyskomfort związany ze stawami i mięśniami (ból stawów, dolegliwości reumatyczne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>