****

**FreBAQ**

Posługując się poniższą skalą wskaż w jakim stopniu miałaś 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** |  |  |  |  |  |