



# שאלון בנושא כאבים ביחסי מין

משיבה יקרה ,

שאלון זה מתייחס לכאבים קשורים ליחסי מין ועוזר לנו להבין את  
מקור הכאב / הבעיה ובכך להתאים עבורך טיפול מתאים

בכל שאלה את יכולה לבחור מספר תשובות

**\*חשוב שתדעי שהפרטיות שלך חשובה מאוד עבורנו, והסודיות  
הרפואית שלך נשמרת !**

# אנא עני על השאלות הבאות בצורה שהכי מתאימה לכאב שלך

• 1 מה עוצמת / דרגת הכאב שלך בזמן קיום יחסי מין ?

A. אין כאב בכלל

B. כאב מועט

C. כאב בנוני

D. כאב חזק

E. כאב בלתי נסבל



2. מה סוג הכאב שאת חשה בזמן קיום יחסי מין ?

A. כאב דמוי מתיחה

B. כאב דמוי שריפה

C. כאב שבתחושה מזכיר קרע

D. כאב בסגנון אחר : \_\_\_\_\_

3. מתי הכאב שלך מופיע ?

A. בהכנסת אצבע / טמפון

B. בזמן חדירה

C. בזמן קיום יחסי מין בכניסה לנרתיק

D. בקיום יחסי מין בעומק הנרתיק

4. כמה זמן עובר עד שהכאב שלך חולף לאחר תום יחסי המין ?

- A. הכאב חולף מיד
- B. הכאב חולף לאחר מספר דקות / שעות
- C. הכאב חולף לאחר מספר ימים
- D. הכאב נותר זמן רב ומופיע גם בזמן התרוקנות

5. מתי לראשונה התחילו הכאבים שלך?

- A. מהפעם הראשונה שקיימתי יחסי מין
- B. במהלך ההריון
- C. לאחר לידה
- D. בזמן אחר : \_\_\_\_\_

6. באיזה תדירות הכאב שלך מופיע ביחסי מין?

A. תמיד

B. לעיתים קרובות

C. לעיתים רחוקות

D. כמעט ולא מופיע, תלוי במצבי נפשי

7. האם הכאב שלך מחמיר/מתגבר בתנוחות שונות בעת קיום יחסי מין?

A. כן

B. לא

C. פירוט: \_\_\_\_\_

8. האם עברת בעבר טראומה או חוויה לא נעימה שגרמה לך להרגיש לא נוח בזמן יחסי מין או שאחריה הופיעו הכאבים ?

A. כן

B. לא

9. האם שיתפת מישהו בחוויה שעברת ?

A. כן שיתפתי ולא התייחסו ברצינות

B. כן , שיתפתי והתייחסו ברצינות

C. לא שיתפתי

10. האם טיפלת בעבר בכאב המדובר ?

A. לא

B. כן והיה לי הקלה מעטה

C. כן ולא היה לי הקלה בכלל

11. מה סוג הטיפול שקבלת בעבר ?

A. אנא פרטי בבקשה : \_\_\_\_\_

B. לא קבלתי

12. אם קבלת טיפול בעבר, לפני כמה זמן טופלת ?

13. אם קבלת טיפול בעבר, איפה באיזו מסגרת טופלת ?

14. האם את חווה קושי או כאב בזמן בדיקה גינקולוגית ?

A. לא

B. כן בזמן הכנסת אצבע

C. כן בזמן הכנסת מכשיר טיפולי

15. האם קבלת אבחנה לבעיה ממנה את סובלת ?

A. לא

B. כן: אנא פרטי בבקשה: \_\_\_\_\_



16. מתי פעם אחרונה קיימת יחסי מין ? \_\_\_\_\_

17. באיזה תדירות את מקיימת יחסי מין ?

A. לעיתים רחוקות

B. לעיתים קרובות

C. במידה ואת חשה בנח אנא פרטי : \_\_\_\_\_

18. האם יש לך כאבים בזמן מחזור ?

A. לא

B. כן כאב קל

C. כן כאב בעוצמה בנונית למספר ימים ראשונים

D. כן כאב בעוצמה גבוהה בכל ימי המחזור

E. כן הכאב מלווה אותי גם לפני וגם בזמן המחזור

19. האם ישנם עוד מצבים בהם את סובלת מכאבים פרט לכאבים בזמן יחסי מין?  
מיין?

A. לא

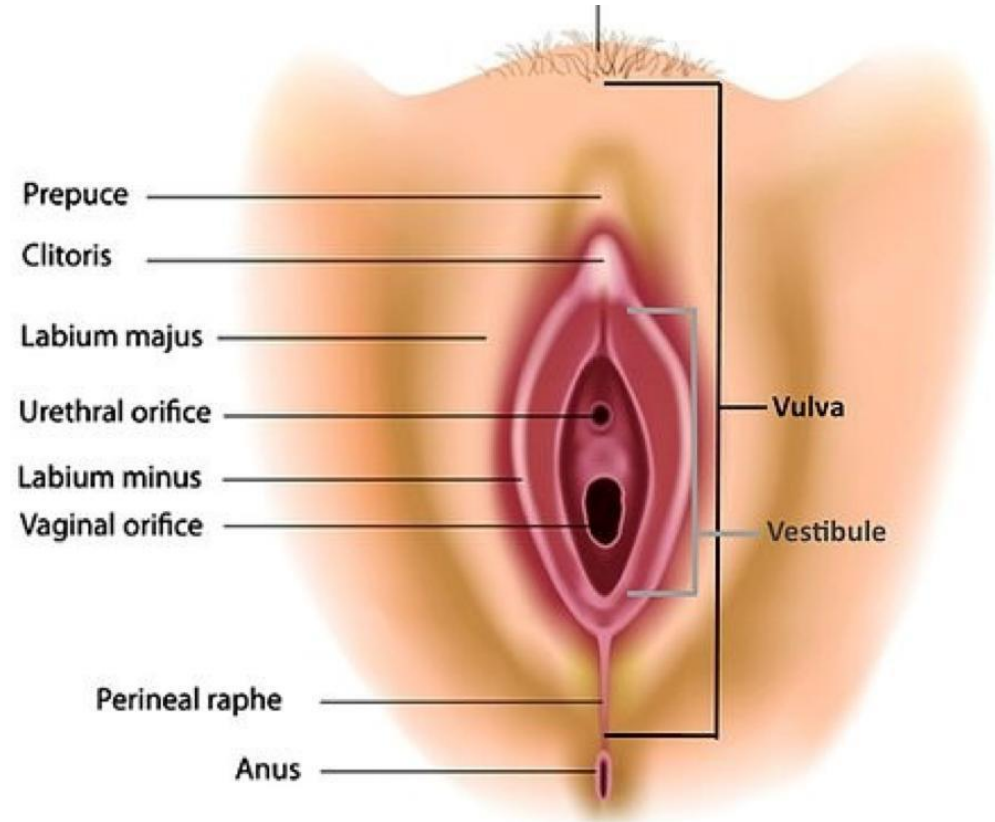
B. אני סובלת מפטריה נרתיקית

C. אני סובלת מדלקות חוזרות

D. אני סובלת מיובש נרתיקי

E. אחר: \_\_\_\_\_

20. נסי למקם ולסמן את מיקום הכאב שלך :



21. האם את משתמשת/השתמשת באחד מהמוצרים שמופעים בתמונות

A. לא

B. טמפון



C. גלולות למניעת הריון



D. התקן תוך רחמי הורמונאלי



E. פסארי



**תודה רבה לך  
ותזכרי תמיד, את לא לבד**

