

Глобальний скринінг рівня психотравми (СГП)

□ □ □ □ □

Ідентифікаційний номер учасника

Гендер

Жінка

Чоловік

Інше

Вік (років)

□ □ □ □

Інколи з людьми трапляються надзвичайно чи особливо страшні, жахливі чи травматичні події.

Коротко опишіть пережиту подію, яка зараз має на Вас найбільший вплив.

.....

Ця подія відбулася минулого місяця за останні півроку минулого року ще раніше

Ця подія:

була поодиноким подією і відбулася, коли мені було □ □ роки

відбулася протягом тривалого часу / багато разів, у віковому проміжку від □ □ до □ □ років (приблизно).

Котра(-і) з запропонованих нижче відповідей характеризує цю подію (можна обрати більше однієї відповіді):

Фізичне насильство:

трапилося з Вами

трапилося з кимось іншим

Сексуальне насильство:

трапилося з Вами

трапилося з кимось іншим

Емоційне насильство:

трапилося з Вами

трапилося з кимось іншим

Серйозна фізична травма:

трапилася з Вами

трапилася з кимось іншим

Загроза життю:

трапилася з Вами

трапилася з кимось іншим

Раптова смерть близької людини

Ви завдали шкоди комусь іншому

Коронавірус (COVID-19)

Маючи на увазі вищезазвану подію, чи минулого місяця Ви

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. | .. мали нічні кошмари, пов'язані з минулою(-ми) травматичною(-ими) подією(-ями) або ж у Вас з'являлися думки про ці події тоді, коли Ви не хотіли думати про це? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 2. | .. прагнули вперто не думати про минулу(-і) травматичну(-і) подію(-ї) або прагнули уникати ситуації, що Вам нагадували про цю(-і) подію(-ї)? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 3. | .. були постійно насторожі, надмірно пильні або вас легко було налякати? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 4. | .. почувалися заціпеніло або відокремлено від людей, вашої діяльності або свого оточення? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 5. | .. мали відчуття провини або ж були не в змозі зупинитися звинувачувати себе чи інших у зв'язку з минулою(-ми) травматичною(-ими) подією(-ями) чи проблемами, спричиненими тими подіями? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 6. | .. були схильні почувати себе нікчемним(-ою) або нічого не вартим(-ою)? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 7. | .. переживали спалахи гніву, які не могли опанувати? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 8. | .. відчували себе знервованим(-ою), стривоженим(-ою) або на межі зриву? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 9. | .. були не в змозі перестати непокоїтися або контролювати відчуття неспокою? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 10. | .. почували себе пригніченим(-ою), у стані депресії або безнадії? | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |

11.	.. зазнавали брак інтересу або задоволення від того, що робили?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
12.	.. мали якісь проблеми із засинанням чи сном?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
13.	.. намагалися навмисно завдати собі шкоди?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
14.	.. сприймали світ або інших людей незвичними, такими, начебто все навколо здавалося дивним, нереальним, наче уві сні?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
15.	.. відчували себе відокремленими від свого тіла (наприклад, так ніби Ви дивитеся на себе звідкись згори або є стороннім спостерігачем власного тіла)?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
16.	.. переживали будь-які інші фізичні, емоційні або соціальні проблеми, які Вас непокоїли?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
17.	.. стикалися з іншими стресовими подіями (як-от фінансові проблеми, зміна роботи, зміна житла, міжособистісні проблеми на роботі або в особистому житті)?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
18.	.. намагалися зменшити стан напруженості за допомогою алкоголю, тютюну, наркотиків чи ліків?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
19.	.. відчували нестачу підтримки близьких, на яких було б можна покластися у важкі часи (як-от емоційна підтримка, допомога у догляді за дітьми або домашніми тваринами, допомога, коли Ви нездужали або мали потребу дістатися лікарні або крамниці)?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
20.	У часи <u>Вашого дитинства</u> (0-18 років) чи переживали Ви будь-які травматичні події (наприклад, серйозну аварію чи пожежу, фізичне чи сексуальне насильство, стихійне лихо, стали свідком вбивства або завдання комусь тяжких тілесних ушкоджень чи пережили смерть близької людини)?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
21.	Чи Вам <u>коли-небудь</u> був поставлений психіатричний діагноз або Ви коли-небудь лікувалися від психологічних проблем (наприклад, депресія, тривожні розлади або розлад особистості)?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
22.	Чи вважаєте Ви себе <u>загалом</u> стійкою людиною?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
Як би Ви оцінили своє функціонування та життєдіяльність нині (на роботі/вдома)?			
Погано 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Відмінно			