

# Скринінг глобальної психотравми (СГП)

□□□□□

Ідентифікаційний номер учасника

Гендер

Жіноча

Чоловіча

Інша

Вік (років)

□□□□

**Інколи з людьми відбуваються надзвичайні чи особливо лячні, жахливі, травматичні події.**

**Коротко опишіть зажиту подію, яка справляє тепер на Вас найбільший вплив.**

.....

**Ця подія відбулася**  того місяця  того півроку  того року  ще раніше

**Ця подія:**

була поодиноким подієм і відбулася, коли мені було □□□ років

відбулася протягом тривалого часу / багато разів, коли мені було від □□□ до □□□ років (приблизно).

**Котра(-і) з запропонованих далі відповідей характеризує цю подію** (можна вибрати більш як одну відповідь):

Фізичне насильство:

трапилося з Вами

трапилося з кимсь іншим

Сексуальна наруга:

трапилася з Вами

трапилася з кимсь іншим

Емоційне насильство:

трапилося з Вами

трапилося з кимсь іншим

Серйозна фізична рана:

трапилася з Вами

трапилася з кимсь іншим

Загрозливе для життя:

трапилося з Вами

трапилося з кимсь іншим

Нагла смерть близької людини

Ви завдали шкоди комусь іншому

Коронавірус (COVID-19)

**Маючи на увазі вищеназвану подію, чи Ви минулого місяця ....**

- |     |  |                             |                              |
|-----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1.  | .. мали нічні кошмари, пов'язані з минулою (-ми) травматичною (-ими) подією (-ями) або думки про ці події тоді, як 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.  | .. постійно насторожі, надмірно пильні або легко здригалися?   | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 4.  | .. відчували залякнення або відмежування від людей, 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 або непотрібним?   | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 7.  | .. заживали вибухи люті, які не могли опанувати?   | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |
| 8.  | .. відчували себе нервозним, стривоженим 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, у стані депресії або безнадії?   | <input type="checkbox"/> Ні | <input type="checkbox"/> Так |

11.	.. зазнавали брак інтересу або задоволення щодо справ, коло яких ходили?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
12.	.. мали якісь проблеми з засинанням чи сном?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
13.	.. намагалися навмисно завдати собі пошкодження?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
14.	.. сприймали світ або других людей незвичними, так що все навколо здавалося дивним, нереальним, наче вві сні?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
15.	.. відчували себе відділеним од 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.	.. заживали 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 важкої години (як-от емоційна підтримка, приглянути за дітьми або хатніми тваринами, поїхати з Вами в лікарню чи крамницю, надати Вам допомогу, коли Ви нездужаєте)?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
20.	У часи <b><u>Вашого дитинства</u></b> (0-18 років), чи заживали Ви якихось травматичних подій? (Наприклад: надзвичайна подія чи пожежа, природна катастрофа, побачили вбивство або завдання комусь тяжких тілесних ушкоджень, або пережили смерть близької людини)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
21.	Чи Вам <b><u>коло-небудь</u></b> був поставлений психіатричний діагноз або Ви коли-небудь лікувалися від психологічних проблем (для прикладу, депресія, тривожність, або розлад особистості)?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
22.	Ви себе <b><u>загалом</u></b> вважаєте стійкою людиною?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
Як би Ви оцінили своє функціонування чи життєдіяльність нині (на роботі/вдома)?			
Погане    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    Чудесне (Предобре)			