

**Գլոբալ Հոգետրավմայի Սկրինինգ (ԳՀՄ)**

\_\_\_\_\_

Մասնակցի նույնականացման

Սեռ  Իգ.  Ար.  Այլ

Տարիք \_\_\_\_\_

**Երբեմն մարդկանց հետ այնպիսի բաներ են տեղի ունենում, որոնք անսովոր են կամ հատկապես վախեցնող, սարսափելի կամ տրավմատիկ:**

**Հակիրճ նկարագրեք այն իրադարձությունը կամ փորձը, որն այժմ առավելագույն ազդեցությունն ունի Ձեզ վրա.**

.....

**Այս իրադարձությունը պատահել է.**  
 անցյալ ամիս  անցյալ կես տարին  անցյալ տարի  ավելի վաղ

**Այս իրադարձությունը.**  
 մի դեպք էր որը պատահել է \_\_\_\_\_ տարիքում  
 տեղի է ունեցել ավելի երկար ժամանակահատվածում / բազմաթիվ անգամներ սկսած \_\_\_\_\_ միջև \_\_\_\_\_ տարեկան

**Ստորև նշվածներից ո՞րն է բնութագրում իրադարձությունը (հնարավոր են մեկից ավել պատասխաններ).**

|                       |  |   |
|-----------------------|--|---|
| Ֆիզիկական բռնություն` | <input type="checkbox"/> պատահել է Ձեզ հետ | <input type="checkbox"/> մեկ ուրիշի հետ |
| Սեռական բռնություն`   | <input type="checkbox"/> պատահել է Ձեզ հետ | <input type="checkbox"/> մեկ ուրիշի հետ |
| Հուզական բռնություն`  | <input type="checkbox"/> պատահել է Ձեզ հետ | <input type="checkbox"/> մեկ ուրիշի հետ |
| Լուրջ վնասվածք`       | <input type="checkbox"/> պատահել է Ձեզ հետ | <input type="checkbox"/> մեկ ուրիշի հետ |
| Սպառնալիք կյանքին`    | <input type="checkbox"/> պատահել է Ձեզ հետ | <input type="checkbox"/> մեկ ուրիշի հետ |

Սիրած մարդու հանկարծակի մահ  
 Դուք վնաս եք պատճառել մեկ ուրիշին  
 ԶՈՎԻԴ-19 / COVID-19

**Հաշվի առնելով վերը նշված իրադարձությունը` անցած ամսվա ընթացքում Դուք...**

1. ... ունեցե՞լ եք մղձավանջներ նախկինում կատարված կյանքի տրավմատիկ իրադարձության(ների) վերաբերյալ կամ ինքներդ չցանկանալով ակամայից մտածե՞լ եք այդ իրադարձության(ների) մասին:  Ոչ  Այո

|     |  |                             |                              |
|-----|--|-----------------------------|------------------------------|
| 2.  | ... ամեն կերպ փորձե՞լ եք չմտածել նախկինում կատարված կյանքի տրավմատիկ իրադարձության(ների) մասին կամ ամեն ինչ փորձե՞լ եք անել, որպեսզի խուսափեք այնպիսի իրավիճակներից, որոնք կարող էին հիշեցնել այդ իրադարձության(ների) մասին: | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 3.  | ... եղե՞լ եք մշտապես զգոն, աչալուրջ կամ անսպասելի ազդակներից վե՞ր եք թռել:   | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 4.  | ... ունեցե՞լ եք անտարբերություն կամ եղե՞լ եք մեկուսացված այլ մարդկանցից, միջոցառումներից կամ Ձեր շրջապատից:  | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 5.  | ... Ձեզ մեղավոր զգացե՞լ եք կամ ունեցե՞լ եք այնպիսի զգացողություն, որ ի վիճակի չեք դադարել Ձեզ կամ ուրիշներին մեղադրել նախկինում կատարված կյանքի տրավմատիկ իրադարձության(ների) կամ դրանց հետևանքով առաջացած խնդիրների համար:  | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 6.  | ... հակված եղե՞լ եք ինքներդ Ձեզ անարժեք զգալու:  | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 7.  | ... ունեցե՞լ եք զայրույթի պոռթկումներ, որոնք չէիք կարող վերահսկել:   | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 8.  | ... արդյոք եղե՞լ եք նյարդային, տագնապային կամ դյուրագրգիռ:   | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 9.  | ... չե՞ք կարողացել դադարել անհանգստանալ կամ վերահսկել անհանգստությունը:  | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 10. | ... եղե՞լ եք ընկճված, դեպրեսիվ կամ հուսալքված:   | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 11. | ... քիչ հետաքրքրվածությամբ կամ ոչ այնքան հաճույքով եք որոշ գործեր արել:  | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 12. | ... խնդիրներ ունեցե՞լ եք կապված քուն մտնելու կամ քնի վիճակը պահպանելու հետ:  | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 13. | ... արդյոք փորձե՞լ եք միտումնավոր ինքներդ Ձեզ վնասել:  | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 14. | ... այլ կե՞րպ եք ընկալել կամ զգացել աշխարհը կամ այլ մարդկանց՝ կարծես իրերը երազի նման, տարօրինակ կամ անիրական եղած լինեին:   | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 15. | ... արդյոք ունեցե՞լ եք զգացողություն, որ առանձնացված կամ բաժանված եք Ձեր մարմնից (օրինակ՝ զգացողություն, որ ինքներդ Ձեզ վերնից եք նայում կամ որ Դուք դրսից եք դիտում Ձեր սեփական մարմինը):                                   | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 16. | ... ունեցե՞լ եք ֆիզիկական, հուզական կամ սոցիալական այլ խնդիրներ, որոնք Ձեզ անհանգստացրել են:   | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 17. | ... այլ սթրեսային իրադարձությունների փորձ ունեցե՞լ եք (ինչպես օրինակ՝ ֆինանսական խնդիրներ, աշխատանքի փոփոխություն, այլ տուն տեղափոխություն, հարաբերությունների ճգնաժամ աշխատանքում կամ անձնական կյանքում):                   | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |
| 18. | ... փորձե՞լ եք լարվածությունը թեթևացնել՝ օգտագործելով ակոնոլ, ծխախոտ, թմրանյութեր կամ դեղամիջոցներ:  | <input type="checkbox"/> Ոչ | <input type="checkbox"/> Այո |

|  |  |
|--|--|
| <p>19. ... Ձեր կողքին աջակցող մարդկանց պակաս զգացե՞լ եք, ում վրա հեշտությամբ կարող էիք հույս դնել և օգնություն խնդրել դժվարին պահերին (ինչպես օրինակ՝ հուզական աջակցություն, հետևել երեխաներին կամ տնային կենդանիներին, ուղեկցել հիվանդանոց կամ խանութ գնալիս, օգնել երբ հիվանդ եք):</p>   | <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո |
|  |  |
| <p>20. <b>Մանկության տարիներին</b> (0-18 տարեկան) ունեցե՞լ եք կյանքի որևէ տրավմատիկ իրադարձություն (օրինակ՝ դժբախտ պատահար կամ հրդեհ, ֆիզիկական կամ սեռական հարձակում կամ բռնություն, աղետ, ականատես գտնվել ինչ-որ մեկի սպանությանը կամ լուրջ վնասվածքին կամ սիրած մարդու մահ):</p>  | <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո |
| <p>21. <b>Երբևէ</b> ստացե՞լ եք հոգեբուժական ախտորոշում կամ երբևէ բուժվե՞լ եք հոգեբանական խնդիրների համար (օրինակ՝ դեպրեսիա, տագնապայնություն կամ անձնային խանգարում):</p>  | <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո |
| <p>22. <b>Հնդհանրապետ</b> Ձեզ համարո՞ւմ եք դիմացկուն անձնավորություն:</p>  | <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո |
|  |  |
| <p>23. Ինչպե՞ս կգնահատեք Ձեր ներկա գործունեությունը (աշխատանքի վայրում / տանը):</p> <p style="text-align: center;">Շատ վատ <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">1</span> <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">2</span> <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">3</span> <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">4</span> <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">5</span> <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">6</span> <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">7</span> <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">8</span> <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">9</span> <span style="background-color: #d9d9d9; padding: 2px;">10</span> Գերազանց</p> |  |