

ETI

Essener Trauma – Inventar

نام / شماره:

سن:

تاریخ معاینه:

راهنما: در ذیل فهرستی از پیشامدهای ناگواری را مشاهده می‌کنید که هر انسانی ممکن است، روزی آنها را در زندگی خود تجربه کند. اگر شما نیز این رخدادها را تجربه کرده‌اید، آنها را با «بله»، و اگر نه با «خیر» علامت بزنید. در صورتیکه آن را با «بله» پاسخ دادید، لطفاً مشخص نمایید آیا آن پیشامد را شخصاً تجربه کرده‌اید، یا شاهد آن بوده‌اید که شخص دیگری آن را تجربه کرده است. اگر آن رخداد را هم شخصاً و هم به عنوان یک شاهد تجربه کرده‌اید، لطفاً هر دو گزینه را علامت بزنید. لازم به یادآوری است که همه پاسخ‌های شما بر طبق تعهد پزشکی به امانت‌داری محفوظ خواهد بود و جایی فاش نخواهد شد. اکنون به هر یک از گزینه‌ها پاسخ دهید.

۱- حوادث طبیعی (مانند سیل، طوفان، زلزله)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۲- سانحه یا تصادف سنگین، آتش‌سوزی، انفجار (مانند تصادف رانندگی، حادثه هنگام کار، سانحه هوایی یا دریایی)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۳- بیماری دشوار (مانند سکتۀ مغزی، سرطان، سکتۀ قلبی، عمل جراحی دشوار)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۴- تهاجم وحشیانه توسط شخصی ناشناس (همراه با مثلاً برخورد جسمانی، چپاول، تهدید با سلاح گرم)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۵- تهاجم وحشیانه توسط شخصی آشنا یا از افراد خانواده (همراه با مثلاً برخورد جسمانی، چپاول، تهدید با سلاح گرم)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۶- مرگ ناگهانی یکی از وابستگان بسیار نزدیک (در اثر تصادف، خودکشی، قتل)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۷- اسارت (مانند حبس تعزیری، اسیر جنگی، گروگان)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۸- سوءاستفاده جنسی در کودکی یا نوجوانی توسط شخصی ناشناس (مانند تجاوز یا تماس جنسی به‌زور و اجبار)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۹- سوءاستفاده جنسی در کودکی یا نوجوانی توسط شخصی آشنا یا از افراد خانواده (مانند تجاوز یا تماس جنسی به‌زور و اجبار)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۱۰- مأموریت و خدمت در جنگ، یا اقامت در منطقه جنگی

خیر | بله: شخصاً شاهد

۱۱- شکنجه (مانند بی‌خوابی دادن چند روزه، استفاده از شوک برقی، ایجاد جراحت با چاقو)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۱۲- اهمال، بی‌توجهی و بی‌مراقبتی (مانند تجربه ترد شدن‌های پیاپی، کم‌توجهی از سوی والدین)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۱۳- تهاجم جنسی در بزرگسالی توسط شخصی ناشناس (مانند تجاوز یا تلاش برای انجام آن)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۱۴- تهاجم جنسی در بزرگسالی توسط شخصی آشنا یا از افراد خانواده (مانند تجاوز یا تلاش برای انجام آن)

خیر | بله: شخصاً شاهد

۱۵- پیشامدهای آزاردهنده دیگر

خیر | بله: شخصاً شاهد

کدامیک:

<p>۱۶- کدامیک از این پیشامدها ناگوارترین تجربه شما بوده است؟ (این پرسش مربوط می‌شود به یکی از رخداد‌های نامبرده‌شده در بالا که شما آن را تجربه کرده‌اید. لطفاً شماره مربوط به آن پیشامد را اینجا بنویسید. در صورتیکه شما تنها یکی از رخداد‌های بالا را با «بله» علامت زده‌اید، همان رخداد «ناگوارترین تجربه» شما تلقی خواهد شد. اگر «ناگوارترین تجربه» زندگی شما در بالا فهرست نشده است، لطفاً خودتان آن را اینجا بنویسید.)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	توجه! مهم!
---	-------------------

اکنون به پرسش‌های زیر که پیرامون این ناگوارترین تجربه است، پاسخ دهید:

۱۷- چه مدت از این تجربه ناگوار می‌گذرد؟

..... روز هفته ماه سال

۱۸- آیا هنگام پیشامد این تجربه ناگوار...؟

(لطفاً با «بله» یا «خیر» پاسخ دهید.)

بله خیر

الف ۱- مجروح بدنی شدید؟

الف ۲- تصور کردید که جان شما در خطر است؟

الف ۳- شخص دیگری مجروح بدنی شد؟

الف ۴- تصور کردید که جان شخص دیگری در خطر است؟

الف ۵- احساس در ماندگی و بی‌پناهی کردید؟

الف ۶- ترس شدید داشتید؟

الف ۷- احساس ترس همراه با نفرت داشتید؟

الف ۸- احساس ناتوانی کردید؟

راهنما: در ذیل پیامدهایی نام برده شده است که انسان‌ها پس از تجربه رخدادهای بسیار ناگوار گریبان‌گیر آنها می‌شوند. لطفاً تک‌تک این پیامدها را با دقت مطالعه کنید و از میان پاسخ‌های «هرگز، گاهی، پیاپی، بسیار پیاپی» آن پاسخی را برگزینید که بهتر از همه نشان می‌دهد، تا چه اندازه این پیامد در یک ماه گذشته شامل حال شما بوده است (یعنی در چهار هفته‌ای که گذشت تا به امروز). همگی این پرسش‌ها مربوط به همان ناگوارترین تجربه شما می‌شود.

- ۱- آیا این پیشامد سبب بروز افکار و خاطرات آزاردهنده‌ای در شما شده است که ناخواسته به ذهن شما خطور می‌کند؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۲- آیا تلاش کرده‌اید تا به آن پیشامد فکر نکنید، در مورد آن سخن نگویند یا احساسات مربوط به آن را بروز ندهید؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۳- آیا پیش آمده است که خوابتان نبرد، یا نتوانید آسوده و پیوسته بخوابید؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۴- آیا لحظاتی بوده است که نفهمید چه پیرامون شما رخ می‌دهد، و یا احساس کنید که شما در آنچه می‌گذرد، سهم نیستید؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۵- آیا آن پیشامد را به صورت کابوس در خواب می‌دیدید؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۶- آیا تلاش کرده‌اید تا از مکان‌ها، موقعیت‌ها یا انسان‌هایی که آن پیشامد را به یاد شما می‌آورند، دوری کنید؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۷- آیا زود از کوره در می‌رفتید و پیاپی خشمگین می‌شدید؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۸- آیا احساس کرده‌اید که زمان جور دیگری می‌گذرد، گویی همه چیز به‌کندی پیش می‌رود؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۹- آیا چنین احساسی داشته‌اید که انگار آن رخداد را ناگهان از نو تجربه می‌کنید؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۱۰- آیا پیش آمده است که نتوانید بخش مهمی از آن پیشامد را به یاد آورید؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۱۱- آیا مشکل تمرکز حواس داشته‌اید؟ (برای نمونه فراموش می‌کردید چه می‌خواستید بکنید، یا آنچه را که لحظاتی پیش می‌خواندید یا در تلویزیون می‌دیدید، از یاد می‌بردید.)
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی
- ۱۲- آیا آن پیشامد برایتان غیرواقعی به نظر آمده است، انگار که آن را در خواب یا مثلاً در یک فیلم یا در یک صحنه تأثر دیده‌اید؟
- ۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیاپی ۳- بسیار پیاپی

۱۳- آیا هنگامیکه آن پیشامد را به یاد شما می‌آوردند، آزرده می‌شدید؟ (برای نمونه خود را در مانده، خشمگین یا ناراحت احساس می‌کردید، یا خجالت می‌کشیدید.)

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۱۴- آیا علاقه خود را به فعالیت‌هایی که پیش از روی دادن آن پیشامد برای شما مهم بود، از دست داده‌اید؟

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۱۵- آیا بیش از اندازه مراقب و محتاط بوده‌اید؟ (برای نمونه مردمی را که به نظر شما مشکوک می‌آمدند، زیر نظر می‌گرفتید، یا همیشه یک تلفن با خود داشتید، تنها برای اینکه بتوانید به سرعت کمک بخواهید.)

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۱۶- آیا پیش آمده است که در آینه بنگرید و خود را باز نشناسید؟

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۱۷- آیا هنگامیکه آن پیشامد را به یاد شما می‌آوردند، واکنش بدنی داشتید؟ (مانند ناآرامی، لرزش اندام بدن یا تپش قلب)

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۱۸- آیا خود را در برابر اطرافیان تان بیگانه و یا منزوی احساس کرده‌اید؟

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۱۹- آیا به‌سادگی ترسیده یا ناآرام شده‌اید؟ (برای نمونه از سروصدای بلند)

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۲۰- آیا احساس سردرگمی کرده‌اید و یا لحظاتی بوده است که ندانید در چه زمان و مکانی هستید؟

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۲۱- آیا احساس بی‌عاطفگی داشته‌اید؟ (برای نمونه نتوانسته‌اید که گریه کنید یا ابراز خرسندی نمایید.)

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۲۲- آیا فکر کرده‌اید که آرزوها و امیدهای تان برآورده و برنامه‌های آینده‌تان محقق نخواهد شد؟ (برای نمونه فکر کرده‌اید که نمی‌توانید تشکیل خانواده بدهید، یا در زندگی و کارتان به اندازه دیگران خوشبخت نخواهید شد.)

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۲۳- آیا چنین حسی داشته‌اید که گویی بدن تان متعلق به شما نیست؟

۰- هرگز ۱- گاهی ۲- پیایی ۳- بسیار پیایی

۲۴- آیا شما پس از این پیشامد به‌طور فزاینده دچار ناراحتی‌های بدنی شده‌اید؟ اگر چنین بوده است، چه ناراحتی‌هایی داشته‌اید؟ (می‌توان چند گزینه انتخاب کرد.)

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> الف. دل‌درد | <input type="checkbox"/> ب. سردرد | <input type="checkbox"/> ج. حالت تهوع |
| <input type="checkbox"/> د. استفراغ | <input type="checkbox"/> هـ. لرزش اندام | <input type="checkbox"/> و. سرگیجه |
| <input type="checkbox"/> ز. تپش قلب | <input type="checkbox"/> ح. تنگی نفس | <input type="checkbox"/> ط. گرفتگی عضلات |

دیگر موارد:

۲۵- این پیشامد هم‌اکنون تا چه اندازه آزاردهنده است؟

- ۰- به هیچ عنوان
- ۱- بسیار کم
- ۲- کم
- ۳- تا اندازه‌ای
- ۴- بسیار زیاد
- ۵- بیش از حد

۲۶- چه مدت است که شما ناراحتی‌های نام برده شده (در پرسشهای ۱ تا ۲۳) را دارید؟
(لطفاً تنها یک گزینه را علامت بزنید.)

- ۱- کمتر از یک ماه
- ۲- بین یک تا سه ماه
- ۳- بیش از سه ماه

۲۷- چه مدت پس از وقوع این پیشامد تکان‌دهنده این ناراحتی‌ها (که در پرسشهای ۱ تا ۲۴ ذکر شد) بروز کرد؟
(لطفاً تنها یک گزینه را علامت بزنید.)

- ۱- در همان شش ماه نخست
- ۲- پس از گذشت شش ماه و یا پس از آن

راهنما: لطفاً مشخص کنید، آیا پیامدهایی که در بالا نام برده شد، در یک ماه گذشته و در محیط‌هایی که در زیر ذکر می‌شود، به شما لطمه زده است. لطفاً آن گزینه‌ای را علامت بزنید که بهترین وجه میزان مشکلات شما را در این مکان‌ها وصف می‌کند: (هرگز، کم، تا اندازه‌ای، بسیار)

۲۸- مشکلات در...

هرگز	کم	تا اندازه‌ای	بسیار
۰	۱	۲	۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الف. مدرسه، دانشگاه یا محل کار			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ب. وظایف خانه			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ج. فعالیت‌های تفریحی و سرگرمی‌های اوقات فراغت			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د. روابط با دوستان و یا همکاران			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ه. روابط با اعضای خانواده			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
و. روابط عشقی و جنسی			