

שאלון PDS

חלק א'

לפניך רשימה של אירועים קשים. סמן כל אחד מהאירועים שעברת במהלך החיים שלך:

- תאונה רצינית (תאונת דרכים, שריפה)
- אסון טבע (שטפון, רעידת אדמה רצינית)
- תקיפה (שוד, מכות מאוד חזקות, דקירה או איום באקדח)
- תקיפה מינית (אונס או ניסיון לאונס)
- מגע מיני עם משהו שמבוגר ממך (מגע באיברי המין, בחזה)
- קרב או איזור לחימה
- פיגוע טרור במקום ציבורי (קניון, אוטובוס וכד')
- פיגוע טרור במקום יישוב (חדירה לבית)
- פיגור ירי (בזמן נסיעה, בתחנת אוטובוס)
- כליאה (בבית סוהר או בתערוכה)
- עינויים
- מחלה המסכנת חיים
- אירוע קשר אחר -----

--	--

חלק ב'

מבין האירועים שציינת קודם, אנא סמן את האירוע שמפריע לך במיוחד. אם סימנת אירוע אחד- סמן אותו שוב.

תאונה

אסון טבע

תקיפה

תקיפה מינית

מגע מיני עם מישהו שמבוגר ממך

קרב או איזור לחימה

פיגוע טרור במקום ציבורי

פיגוע טרור ביישוב

פיגוע ירי

כליאה

עינויים

מחלה המסכנת חיים

אירוע קשר אחר

תאר בקצרה את האירוע הקשה שציינת

שאלון CPSS

חלק א'

לפניך רשימת בעיות שקורות לפעמים לאנשים אחרי שהם עוברים אירוע קשה (טראומה).

סמן עד כמה כל אחת מהבעיות הבאות הציקו לך בחודש האחרון:

0 אף פעם לא או אולי פעם אחת

1 פעם בשבוע או פחות/ לפעמים

2 2-4 פעמים בשבוע/ חצי מהזמן

3 חמש פעמים בשבוע או יותר/ כמעט תמיד

3	2	1	0	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מחשבות מטרידות על הטראומה קופצות לראשי כאשר אני לא רוצה בהן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני חולמת חלומות רעים או סיוטים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	התנהגתי או הרגשתי כאילו הטראומה קורה שוב (כמו בלשמוע משהו או לראות משהו לגבי האירוע ולהרגיש כאילו אני שם שוב).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מרגישה/נסערת/ כאשר אני חושבת/ או שומעת/ שוב על הטראומה (הרגשת בהלה, כעס, עצב או אשמה וכו')
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יש לי כל מיני תחושות בגוף כאשר אני חושבת/ או שומעת/ על הטראומה (הזעה או שהלב דופק חזק)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מנסה לא לחשוב על הטראומה, לא לדבר עליה ולא להרגיש שום דבר בקשר אליה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מנסה להימנע מפעילות, אנשים ומקומות שמזכירים לי את הטראומה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני לא מצליחה/ להיזכר בפרט חשוב של הטראומה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מתעניין/ת פחות בדברים שנהגתי לעשות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני לא מרגישה/ קרובה/ לאנשים סביבי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני לא מצליחה/ להרגיש רגשות חזקים (לא מצליחה לבכות או להרגיש מאוד שמחה)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מרגישה/ שהתכניות והתקוות שלי לעתיד לא יתממשו (כשאגדל לא תהיה לי עבודה או שלא יהיו לי ילדים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יש לי בעיות להירדם או לישון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני מרגישה/ עצבנות או שאני פתאום מרגישה/ זעם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יש לי בעיה להתרכז (אני לא מצליחה/ להתרכז בסיפור שכאני רואה טלוויזיה, לא זוכרת/ מה שאני קוראת/ לא שמה לב בשיעורים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני נזהרת/ יותר מדי (אני בודקת/ מי ומה עומד מסביב)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אני "קופצני/ת מאוד וקל להפחיד אותי (כשמישהו מתקרב מאחור)

חלק ב'

האם הבעיות שסימנת בחלק א' הפריעו לך בשגרת החיים במהלך החודש האחרון?

- הבעיות הפריעו לי לבצע מטלות וחובות בבית כן לא
- הבעיות הפריעו לי ביחסים עם החברים שלי כן לא
- הבעיות הפריעו לי לעשות דברים כיפיים ולהתעסק בתחביבים כן לא
- הבעיות הפריעו לי בבית הספר ובשיעורי בית כן לא
- הבעיות הפריעו לי להתפלל כרגיל כן לא
- הבעיות הפריעו לי ביחסי עם משפחתי כן לא
- הבעיות הפריעו לתחושת הכיף בחיים שלי כן לא