

Психосоциальная оценка детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет на этапе приема: Самоотчет

Вы столкнулись с большими переменами в своей жизни и, возможно, пережили множество драматических событий. Мы знаем, что это может повлиять на то, как вы себя чувствуете. Вот почему мы спрашиваем каждого, кто прибывает в качестве беженца, о его недавних мыслях и чувствах, о том, как это влияет на его сегодняшнюю жизнь. Вам предстоит ответить на несколько вопросов о том, как обстоят ваши дела и как вы себя чувствуете в настоящий момент. Здесь нет правильных или неправильных ответов, просто отвечайте, как можно полнее. Если вы не захотите отвечать на какие вопросы, это совершенно нормально. Дайте нам знать, если в процессе у вас возникнет желание что-то уточнить или прокомментировать. Вначале ответьте на несколько вопросов, о том, что вам пришлось пережить.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ:

Контактная информация:

Фамилия, имя: _____ Возраст (кол-во лет): _____ Пол: _____

Дата рождения/ID-номер: _____

Сегодняшняя дата: _____ Телефон ребенка (опекуна): _____

СЕМЬЯ

Вы приехали в Норвегию вместе с кем-то? Да Нет

Если да, то с кем? _____ Если нет, то кто несет ответственность за вас? _____

Кто-то из ваших родителей или братьев и сестер не приехал вместе с вами в Норвегию? Да Нет

Если да, то кто? _____

Есть ли у вас связь с ними? Да Нет

Был ли кто-нибудь из членов вашей семьи или из ваших близких друзей убит на войне или во время поездки в Норвегию? Да Нет

Если да, то кто? _____

Пришлось ли вам пережить еще какие-то пугающие, опасные, жестокие обстоятельства или что-то вызывающее сильный стресс? Да Нет

Пожалуйста, опишите здесь: _____

О ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

Получили ли вы/ваша семья постоянное жилье здесь, в Норвегии? Да Нет

Вы уже начали ходить в школу здесь, в Норвегии? Да Нет

Продолжаете ли вы обучение онлайн в школе, в которой вы учились до того, как уехали из своей страны? Да Нет

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

	Полностью	Частично	В малой степени
Ладите ли вы с людьми, с которыми живете вместе?			
Дается ли вам обучение в школе без труда/ вы можете концентрироваться на уроках?			
Если не считать тех, с кем вместе вы живете, есть ли у вас кто-то, с кем вы можете поговорить или поиграть?			

ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ

Ниже приведен перечень некоторых проблем или сложностей. Беспokoило ли вас что-то из перечисленного на протяжении **2 последних недель**?

	Не беспокоило	Немного беспокоило	Беспокоило в достаточной мере	Очень сильно беспокоило

1. Головная боль	1	2	3	4
2. Боли в других частях тела	1	2	3	4
3. Проблемы со сном (бессонница)	1	2	3	4
4. Усталость/ переутомление/ упадок сил (не после тренировки)	1	2	3	4
5. Постоянный страх или тревога *	1	2	3	4
6. Состояние напряжения или беспокойства*	1	2	3	4
7. При мыслях о будущем возникает чувство безнадежности*	1	2	3	4
8. Чувство подавленности или грусти*	1	2	3	4
9. Часто волнуюсь по разным поводам*	1	2	3	4
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ**				
Ниже перечислены проблемы, которые иногда возникают у людей после пережитого стресса. Как часто в течение последних 2 недель вас беспокоило следующее:				
	Никогда	Иногда	Часто	Почти все время
10. Страшные сны, которые напоминают мне о случившемся	0	1	2	3
11. У меня в голове картины случившегося. Такое чувство, что это происходит прямо сейчас.	0	1	2	3
12. Стараюсь не думать о том, что произошло. И не испытывать никаких чувств в связи с этим.	0	1	2	3
13. Избегаю всего, что напоминает мне о том, что произошло (людей, мест, вещей, ситуаций или разговоров об этом).	0	1	2	3
14. Веду себя более настороженно (проверяю, кто находится рядом со мной)	0	1	2	3
15. Нервничаю	0	1	2	3
УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ				
Как часто:	Никогда	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно
16. Вы употребляете алкоголь?				
17. Вы курите гашиш или употребляете другие психоактивные вещества?				
18. Вы используете снотворные или другие средства, чтобы облегчить засыпание?				
19. Если да, то были ли вы сами или кто-то другой (родственник, друг, медицинский работник) обеспокоен, тем, что вы принимаете психоактивные вещества, или говорил ли вам кто-то, что вы должны сократить/прекратить употребление этих веществ?			Нет	Да
ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ				
20. Слышите ли вы иногда голос, который ясно и понятно разговаривает с вами, хотя другие люди его слышать не могут?			Нет	Да
20а. Если да: Беспокоит ли это вас?			Нет	Да
21. У вас возникало желание причинить вред себе или другим?			Нет	Да
22. Причиняли ли вы вред себе или другим в течение последних 14 дней?			Нет	Да
23. На протяжении последних 14 дней были ли у вас мысли о том, чтобы покончить с собой?			Нет	Да

* Goodman R 1997 ** Sachser et al. 2017