

SAMMENSATT SPØRRESKJEMA AV:

- Demografiske variabler
- HSCL
- HTQ
- PSOM (Positive state of mind)
- SDQ

Demografiske variabler

1. Kjønn (sett kryss) Kvinne Mann
2. Fødselsår (fyll inn årstall):
3. Hvilken nasjonalitet har du?
4. Hvilken etnisk gruppe tilhører du?
5. Hvilke religiøs tilknytning har du?... ..
6. Hva er din høyeste utdanning?
Angi høyeste påbegynte utdanningsnivå (sett bare et kryss):
 - Ingen formell utdanning
 - Grunnskole
 - Yrkeskole
 - Videregående skole / studieforberedende utdanning
 - Høyskole / universitet Annet (beskriv)
.....
7. Hvilket yrke hadde du i hjemlandet?
Hvis flere yrker, angi høyeste nivå):.....
8. Hvilken sivilstand har du? (sett kryss)
 - Gift
 - Ugift
 - Separert
 - Skilt
 - Enke /- mann
9. Dersom du er gift, hvilken alder hadde du ved ekteskapsinngåelsen?
10. Har du familie som bor i Norge?
 - Ja
 - Nei

11. Hvis du har familie som bor i Norge, hvilken slektskapstilknytning har du til dem?

- Far
- Mor
- Ektefelle
- Barn
- Søskener
- Onkel
- Tante
- Søsknebarn
- Andre (skriv)

12. Har du barn?

- Ja
- Nei

Fylles kun ut hvis du har barn:

1) Hvor mange har du totalt? (skriv tall)

2) Hvor mange barn bor du sammen med i Norge?

3) Barna som du bor sammen med i Norge: Hvilken alder og kjønn har de? (Fyll inn i tabellen)

Alder	Kjønn

13. Kvinnespesifikke forhold

	I hjemlandet	I fangenskap	Under flukt/ I flyktningeleir
Antall fødsler			
Tap av barn under svangerskap / fødsel			
Tap av barn ved død			
Tap av barn ved forsvinning			
Omsorg for barn			

HSCL-25

Instruksjoner

Nedenfor er det en liste over symptomer eller problemer som folk av og til har. Vær vennlig å lese hvert enkelt grundig, og vurder hvor mye hvert symptom var til plage eller ulempe for deg siste uke, til og med i dag. Sett kryss i den raden som passer best.

	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
1. Plutselig skremt uten grunn.....				
2. Føler du deg engstelig.....				
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs.....				
4. Nervøs eller urolig.....				
5. Hjertebank.....				
6. Skjelving.....				
7. Føler deg anspent eller opphisset.....				
8. Hodepine.....				
9. Anfall av redsel eller panikk.....				
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig.....				
11. Føler deg slapp og uten energi.....				
12. Anklager deg selv for ting.....				
13. Har lett for å gråte.....				
14. Tap av seksuell interesse eller nytelse.....				
15. Dårlig appetitt.....				
16. Vanskelig for å få sove.....				
17. Følelse av håpløshet med tanke på framtida.....				
18. Føler deg nedfor.....				
19. Føler deg ensom.....				
20. Har tanker om å ta ditt eget liv.....				
21. Følelse av å være fanget.....				
22. Bekymrer deg for mye.....				
23. Føler ikke interesse for noe.....				
24. Føler at alt krever stor anstrengelse.....				
25. Føler at du ikke er noe verdt.....				

HARVARD TRAUMA QUESTIONNAIRE

Vi vil gjerne gi deg noen spørsmål om dine nåværende symptomer. Du vil kunne oppleve noen av spørsmålene som ubehagelige. Hvis så er tilfelle, kan du velge å ikke svare. Dette vil ikke få konsekvenser for vårt tilbud til deg. Alle svarene vil bli behandlet konfidensielt. Vi har taushetsplikt.

DEL 1: TRAUMATISKE HENDELSER

Vær vennlig å indikere om du har opplevd, vært vitne til eller hørt om noen av følgende hendelser. Du kan ha flere svar på ett spørsmål. Noen ganger vil svarkategoriene "hørt om" eller "vitne til" ikke passe. Overse i så fall disse svarkategoriene.

N = nei, ingen av delene

V = Vitne til

H=Hørt om

E = selv erfart

	N	H	V	E
1. Mangel på mat og/eller vann.....				
2. Sykdom uten mulighet for medisinsk hjelp.....				
3. Mangel på husly.....				
4. Fengsling.....				
5. Alvorlig fysisk skade.....				
6. Militære kampsituasjoner.....				
7. Hjernevask, tvangmessig påvirkning for å få seg til å skifte overbevisning				
8. Voldtekt eller seksuell mishandling.....				
9. Tvungen isolasjon fra andre.....				
10. Vært nær ved å bli drept/dø.....				
11. Tvungen atskillelse fra familiemedlemmer.....				
12. Drap på familie og/eller venner.....				
13. Unaturlig død av familie og/eller venner.....				
14. Drap på fremmede.....				
15. Savnet eller kidnappet.....				
16. (Fysisk) tortur Spesifiser:.....				
17. (Truet med tortur)				
18. (Truet til å se på vold mot andre)				
19. (Truet med henrettelse)				
20/17. Andre situasjoner som var veldig skremmende eller hvor du følte at ditt liv var i fare. Spesifiser.....				

DEL 3. HODESKADE

Ble du noen gang mishandlet med noen av de følgende metoder?:

1. Drukningforsøk Ja Nei
2. Kvelningsforsøk Ja Nei
3. Slag mot hodet Ja Nei
4. Elektrisk tortur som medførte bevisstløshet Ja Nei

DEL 5. SYMPTOMER

Det følgende er symptomer som mennesker kan ha etter vonde eller skremmende opplevelser i Livet. Nå stiller vi deg noen spørsmål om slike symptomer. Kan du si hvor mye du selv har vært plaget den siste uken?

	Aldri	Av og til	Ofte	Alltid
1. Gjentatte tanker eller minner om de vondeste og mest skremmende hendelser				
2. Følt det som om hendelsen skjer igjen.....				
3. Gjentatte mareritt.....				
4. Følt meg atskilt fra andre mennesker.....				
5. Ikke vært i stand til å føle noe.....				
6. Følt meg skvetten.....				
7. Hatt vanskeligheter med å konsentrere meg.....				
8. Hatt søvnproblemer.....				
9. Følt meg på vakt.....				
10. Følt meg irritabel eller hatt sinneutbrudd.....				
11. Unngått aktiviteter som minner meg om de vonde og smertefulle hendelsene				
12. Vært ute av stand til å huske deler av de vondeste hendelsene.....				
13. Vært mindre interessert i daglige aktiviteter.....				
14. Følt det som om jeg ikke har noen fremtid.....				
15. Unngått tanker og følelser som jeg forbinder med de vonde opplevelsene				
16. Hatt plutselig følelsesmessige eller kroppslige reaksjoner når jeg blir minnet om det smertefulle som hendte.....				
17. Følt at andre ikke kan forstå hva jeg har gått gjennom				
18. Hatt problemer med å utføre arbeid eller andre daglige oppgaver				
19. Tenkt at det som skjedde var min feil				
20. Følt meg skyldig fordi jeg har overlevd				
21. Har følt meg håpløs				
22. Skammer meg over de vonde opplevelsene jeg har opplevd				
23. Tenker mye på hvorfor dette hendte med meg				
24. Føler at jeg kommer til å bli gal				
25. Føler at jeg er den eneste som lider på grunn av disse hendelsene				
26. Opplever at andre vil meg vondt				
27. Føler meg ute av stand til å stole på noen				
28. Legger merke til at jeg har gjort noe jeg ikke kan huske å ha gjort				
29. Føler det som om jeg er satt sammen av to personer der den ene ser på hva den andre gjør				
30. Føler at noen jeg stolte på har sviktet meg				

PSOM:

Veiledning: Sett en ring rundt et av tallene mellom null og tre for hver opplevelse i forhold til de siste syv dagene.

		Klarer det ikke	Har problemer med det	Klarer det i en viss grad	Klarer det godt
1.	<u>Fokusert oppmerksomhet:</u> Klare å utføre en oppgave som du skal gjøre, uten å bli forstyrret av egne tanker.	0	1	2	3
2.	<u>Produktivitet:</u> Kan utføre nye oppgaver uten å bli frustrert og med en god følelse.	0	1	2	3
3.	<u>Ansvar:</u> En opplevelse av at du gjør det du skal gjøre for å ta vare på deg selv og andre	0	1	2	3
4.	<u>Hvile:</u> Kan føle deg avslappet uten å bli forstyrret av spenninger. Kunne avbryte hvilen når du selv ønsker det.	0	1	2	3
5.	<u>Kroppslig velvære:</u> Være i stand til å nyte gode sanseinntrykk og like å gjøre ting som du vanligvis gjør, som å høre på musikk, være utendørs, ta ett varmt bad, nyte å bli kysset, utveksle kjærtegn og intimt samvær.	0	1	2	3
6.	<u>Dele/ deltagelse:</u> Kunne føle fellesskap med andre.	0	1	2	3

S.D.Q. – 20

Dette spørreskjemaet dreier seg om ulike fysiske symptomer eller kroppslige erfaringer som du kan ha hatt enten kortvarig eller over lengre tid.

Vær vennlig å markere i hvilken grad disse opplevelsene har vært relevante for deg **det siste året**.

For hver enkelt uttalelse vennligst sirkle inn det tallet som passer best for DEG.

De ulike svaralternativene er:

1 = Dette gjelder IKKE for meg I DET HELE TATT

2 = Dette gjelder for meg TIL EN VISS GRAD

3 = Dette gjelder for meg I MODERAT GRAD

4 = Dette gjelder for meg I STOR GRAD

5 = Dette gjelder for meg I SVÆRT STOR GRAD

Hvis et symptom eller erfaring gjelder for deg, vennligst markér om en **lege** har knyttet det til en **fysisk sykdom**.

Markér dette ved å sette en ring rundt ordet JA eller NEI i kolonnen ”Er den fysiske årsaken kjent?” Hvis du skrev JA, vær vennlig å skrive ned den fysiske årsaken (hvis du kjenner til den) på linjen.

Eksempel:

	I hvilken grad gjelder symptomet eller erfaringen for deg?	Er den fysiske årsaken kjent?
Det hender at tennene mine klapper	1 2 3 4 5	NEI JA, hvilken.....
Det hender jeg har kramper i leggene mine	1 2 3 4 5	NEI JA, hvilken

Hvis du har sirklet inn 1 i første kolonne (”Dette gjelder IKKE for meg I DET HELE TATT”), trenger du IKKE svare på spørsmålet om den fysiske årsaken er kjent.

Dersom du derimot har sirklet inn 2, 3, 4 eller 5 MÅ du sirkle inn NEI eller JA i kolonnen for ” Er den fysiske årsaken kjent?”

Vær vennlig å svare på alle de 20 spørsmålene.

Takk for samarbeidet.

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven

Oversatt til norsk 2005 av Trine Anstorp og Kirsten Benum, Oslo

Her er spørsmålene:

- 1 = Dette gjelder IKKE for meg I DET HELE TATT
 2 = Dette gjelder for meg TIL EN VISS GRAD
 3 = Dette gjelder for meg I MODERAT GRAD
 4 = Dette gjelder for meg I STOR GRAD
 5 = Dette gjelder for meg I SVÆRT STOR GRAD

	I hvilken grad gjelder symptomet eller erfaringen for deg?	Er den fysiske årsaken kjent?
Det hender at:		
1. Jeg har problemer med å late vannet	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
2. Jeg misliker smaker som jeg vanligvis liker (for kvinner: UTENOM graviditet eller menstruasjonsperioder)	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
3. Jeg hører lyder i nærheten av meg som om de kommer langt borte fra	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
4. Jeg har smerter når jeg later vannet	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
5. Kroppen min, eller deler av den, føles nummen	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
6. Mennesker og ting ser større ut enn vanlig	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
7. Jeg har et anfall som ligner et epileptisk anfall	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
8. Kroppen min, eller en del av den, kjenner ikke smerte	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
9. Jeg misliker lukter som jeg vanligvis liker	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken
10. Jeg har smerter i underlivet (på tidspunkter UTENOM samleie)	1 2 3 4 5	Nei Ja, hvilken

	I hvilken grad gjelder symptomet eller erfaringen for deg?	Er den fysiske årsaken kjent?	
Det hender at:			
11. Jeg kan ikke høre i perioder (som om jeg er døv)	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken
12. Jeg kan ikke se i perioder (som om jeg er blind)	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken
13. Jeg ser ting rundt meg på en annen måte enn vanlig (for eksempel som om jeg ser gjennom en tunnel eller at jeg bare ser en del av en ting)	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken
14. Luktesansen min er mye BEDRE eller VERRE enn vanlig (selv om jeg <u>ikke</u> er forkjølet)	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken
15. Det er som om kroppen min, eller en del av den, er forsvunnet	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken
16. Jeg klarer ikke svelge, eller klarer bare svelge med stor anstrengelse	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken
17. Jeg klarer ikke å sove på flere netter, men er fortsatt svært aktiv på dagtid	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken
18. Jeg klarer ikke å snakke (eller bare med stor anstrengelse), eller jeg kan bare hviske	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken
19. Jeg er lammet i perioder	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken
20. Jeg stivner til i perioder	1 2 3 4 5	Nei	Ja, hvilken

Avsluttende spørsmål:

1. Hvordan er din livssituasjon nå? (beskriv).....
2. Trenger du helsehjelp? (sett kryss) Ja Nei
3. Er det noe vi burde ha spurt om i tillegg? Ja Nei
Hvis ja, hva burde vi ha spurt om? (beskriv)
4. Hva synes du om å svare på slike spørsmål?.....

MANGE TAKK FOR AT DU SVARTE PÅ SKJEMAET!