



Projekt Krajowe punktowe badanie dotyczące anestezji położniczej – SONAR (Snapshot Obstetric National Anaesthetic Research)

Pozabiegowy CRF 2 po porodzie przez cięcie cesarskie – dzień 1. po porodzie Wypełnić w ciągu 24 +/- 6 godzin po cięciu cesarskim. Można wypełnić formularz razem z pacjentką lub poprosić ją o samodzielne wypełnienie części 3 i później go odebrać.

Skrypt dla badaczy

Jestem lekarzem/położną/pielęgniarką badawczą (podaj imię i nazwisko) (jeśli spotkaliście się wcześniej w procesie uzyskiwania zgody, przedstaw się ponownie). Wyraziła Pani zgodę na wzięcie udziału w badaniu. Jego wypełnienie zajmie około 10 minut.

Jeśli pacjentka wyraża zgodę, prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Jeżeli pacjentka nie może w tym czasie rozmawiać, prosimy o ustalenie dogodnego dla obu stron terminu ponownego kontaktu, przy czym musi on nastąpić w przedziale czasowym zbierania danych dla pacjentki. (24 godziny po porodzie +/- 6 godzin)

Część 1 – dane demograficzne/szczegóły badania

1.1 ID badania _____
(Kod ośrodka + ID)

1.2 Pochodzenie etniczne

Rasa biała	Mieszane lub wiele grup etnicznych	Azjatyckie, azjatyckie walijskie lub azjatyckie brytyjskie	Rasa czarna; rasa czarna, brytyjskie; rasa czarna, walijskie; karaibskie lub afrykańskie	Inne
<input type="checkbox"/> Angielskie, walijskie, szkockie, północnoirlandzkie, brytyjskie <input type="checkbox"/> Irlandzkie <input type="checkbox"/> Podróżnik cygański lub irlandzki <input type="checkbox"/> Rom <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Rasa biała i czarna, karaibskie <input type="checkbox"/> Rasa biała i czarna, afrykańskie <input type="checkbox"/> Rasa biała i żółta <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Hinduskie <input type="checkbox"/> Pakistańskie <input type="checkbox"/> Bangladeskie <input type="checkbox"/> Chińskie <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Afrykańskie <input type="checkbox"/> Karaibskie <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Arabskie <input type="checkbox"/> Inna grupa etniczna: Każda inna grupa etniczna prosimy opisać

1.3 Wykształcenie: jaki jest Pani najwyższy poziom kwalifikacji?

- Brak kwalifikacji
- Kwalifikacje poziomu 1 i poziomu podstawowego:** 1 do 4 GCSE z oceną A* do C, dowolne GCSE na innych poziomach, poziomy O lub CSE (dowolne poziomy), 1 poziom AS, poziom NVQ 1, Foundation GNVQ, umiejętności podstawowe lub niezbędne
- Kwalifikacje poziomu 2:** 5 lub więcej GCSE (A* do C lub 9 do 4), poziomy O (zaliczone), CSE (ocena 1), certyfikat szkolny, 1 poziom A, 2 do 3 poziomów AS, VCE, wykształcenie średnie lub wyższe, Welsh Baccalaureate Intermediate Diploma, poziom NVQ 2, pośredni GNVQ, City and Guilds Craft, dyplom BTEC First lub General, dyplom RSA
- Praktyka**
- Kwalifikacje poziomu 3:** 2 lub więcej poziomów A lub VCE, 4 lub więcej poziomów AS, świadectwo ukończenia szkoły wyższej, dyplom Progression lub Advanced, Welsh Baccalaureate Advance Diploma, poziom NVQ 3; zaawansowany GNVQ, City and Guilds Advanced Craft, ONC, OND, BTEC National, RSA Advanced Diploma
- Kwalifikacje na poziomie 4 lub wyższym:** stopień naukowy (licencjat, inżynier), stopień naukowy wyższy (magister, doktor, PGCE), kwalifikacje zawodowe NVQ poziomu 4 do 5, HNC, HND, RSA Higher Diploma, wyższy poziom BTEC, kwalifikacje zawodowe (np. nauczycielskie, pielęgniarskie, rachunkowe)
- Inne:** kwalifikacje zawodowe lub związane z pracą, inne kwalifikacje uzyskane w Anglii lub Walii, kwalifikacje uzyskane poza Anglią lub Walią (równoważne nieokreślone lub nieznanne)

1.4 Zatrudnienie:

- Zatrudniona
- Samozatrudniona z pracownikami
- Samozatrudniona bez pracowników
- Bezrobotna, poszukująca pracy lub czekająca na jej rozpoczęcie
- Studentka
- Opieka nad domem lub rodziną
- Długotrwała choroba lub niepełnosprawność

Czy pracuje Pani na pełen czy niepełny etat?

- Pełny etat



- Niepełny etat
- Nie dotyczy

1.5 Zdrowie: Jak opisałyby Pani swój ogólny stan zdrowia?

- Bardzo dobry
- Dobry
- Znośny
- Zły
- Bardzo źle

1.6 Warunki mieszkaniowe: Jak opisałyby Pani swoją obecną sytuację mieszkaniową?

- Pełna własność
- Kredyt hipoteczny lub pożyczka
- Płacenie części czynszu i części kredytu hipotecznego (wspólna własność)
- Najemca
- Mieszkanie beczynszowe (w tym bez płacenia czynszu w nieruchomości należącej do krewnego lub znajomego (z wyłączeniem mieszkania na dziko)
- Wolę nie mówić

1.7 Niepełnosprawność: Czy opisałyby Pani siebie jako osobę niepełnosprawną?

- Tak
- Nie

Część 2 – ból śródoperacyjny

2.1.1 Czy odczuwała Pani ból podczas zabiegu chirurgicznego w celu wydobycia dziecka?

- Tak
- Nie

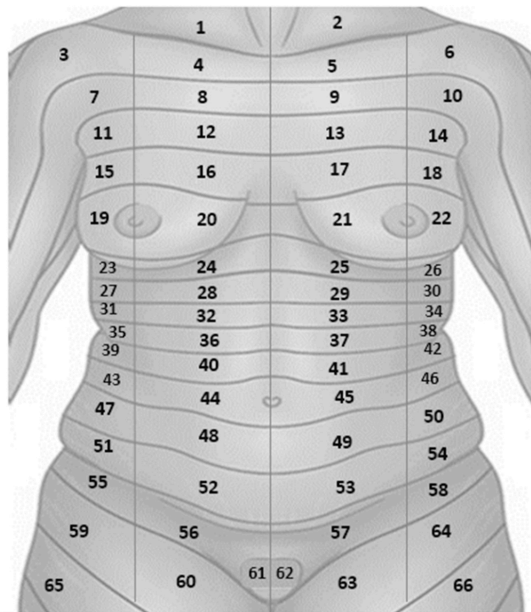
**2.1.2 Jeśli tak, jak silny był ból, gdy był najsilniejszy?
0 = brak bólu, 10 = najgorszy ból, jaki można sobie wyobrazić**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2.1.3 Kiedy spośród poniższych opcji wystąpił ból:

- Od razu na początku operacji/pierwsze nacięcie
 - Przed wydobyciem dziecka
 - Podczas porodu
 - Po narodzinach dziecka
- Jeśli po narodzinach dziecka, prosimy o wyjaśnienie:
- Niedługo po narodzinach dziecka
 - Blisko końca operacji
 - Nie jestem pewna

2.1.4 Proszę zakreślić dowolną liczbę odpowiadającą miejscu na ciele, w którym odczuwała Pani ból



Część 3 – skala bólu po porodzie

3.1 Jakie było nasilenie bólu w ciągu ostatnich 24 godzin (+/- 6 godzin) (ocena słowna 0–10)

0 = brak bólu, 10 = najgorszy ból, jaki można sobie wyobrazić

W spoczynku	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
W ruchu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.2 Jak ocenia Pani swój ogólny stan zdrowia w ciągu ostatnich 24 godzin?

Najgorszy stan zdrowia jaki można sobie wyobrazić



Najlepszy stan zdrowia jaki można sobie wyobrazić

Na skali powyżej za pomocą krzyżyka prosimy zaznaczyć swoje samopoczucie w ciągu ostatnich 24 godzin.

Wypełnia badacz:

Wynik w skali VAS dot. ogólnego stanu zdrowia ____/100

Część 4 Skala zadowolenia matki

W kolejnej części prosimy o zastanowienie się nad Pani doświadczeniami na sali operacyjnej, a nie nad obecnym samopoczuciem.

Nr	Odpowiedź	Zdecydowanie się nie zgadzam				Zdecydowanie się zgadzam			
ZNIECZULENIE:									
1	Nie czułam bólu na sali operacyjnej	1	2	3	4	5	6	7	
2	Czułam, że znieczulenie, które otrzymałam, było dla mnie bezpieczne	1	2	3	4	5	6	7	
3	Czułam, że znieczulenie, które otrzymałam, było bezpieczne dla mojego dziecka	1	2	3	4	5	6	7	
4	Nie czułam bólu, podczas wprowadzania igły w moje plecy	1	2	3	4	5	6	7	
WPROWADZENIE IGŁY W PLECY:									
5	Igły została bez problemu wprowadzona w moje plecy	1	2	3	4	5	6	7	
6	Byłam w wygodnej pozycji, podczas wprowadzania igły w moje plecy	1	2	3	4	5	6	7	
DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:									
					Zdecydowanie się nie zgadzam				Zdecydowanie się zgadzam



Na sali operacyjnej <u>NIE</u> doświadczyłam poniższych:									
7	Dreszcze	1	2	3	4	5	6	7	
8	Suche usta/suchość w jamie ustnej	1	2	3	4	5	6	7	
9	Suchość w gardle	1	2	3	4	5	6	7	
10	Zmiana nastroju	1	2	3	4	5	6	7	
W ciągu 24 godzin (+/- 6 godzin) po porodzie <u>NIE</u> doświadczyłam poniższych:									
11	Problemy z plecami	1	2	3	4	5	6	7	
12	Świąd	1	2	3	4	5	6	7	
ATMOSFERA: Na sali operacyjnej, podczas zabiegu, mogłam:		Zdecydowanie się nie zgadzam				Zdecydowanie się zgadzam			
13	Komunikować się z moim partnerem	1	2	3	4	5	6	7	
14	Nawiązać więź z dzieckiem	1	2	3	4	5	6	7	
15	Mieć poczucie kontroli	1	2	3	4	5	6	7	
16	Komunikować się z personelem	1	2	3	4	5	6	7	
17	Zobaczyć dziecko po porodzie	1	2	3	4	5	6	7	
18	Trzymać dziecko po porodzie	1	2	3	4	5	6	7	
19	Wiedziałam, co robił personel podczas operacji/porodu	1	2	3	4	5	6	7	
20	Atmosfera na sali operacyjnej była dla mnie komfortowa	1	2	3	4	5	6	7	
21	Mogłam nakarmić dziecko po porodzie	1	2	3	4	5	6	7	
22	Szybko wróciłam do zdrowia po cięciu cesarskim	1	2	3	4	5	6	7	
WYPEŁNIA BADACZ:									
SKALA ZADOWOLENIA MATKI / 154									

Część 5 – komfort matki									
W tej kolejnej części prosimy o zastanowienie się nad Pani doświadczeniami na sali operacyjnej, a <u>nie</u> nad obecnym odczuciem.									
Nie	Odpowiedź	Zdecydowanie się nie zgadzam				Zdecydowanie się zgadzam			
1	Miałam pozytywne doświadczenia związane z porodem na sali operacyjnej	1	2	3	4	5	6	7	
2	Rozumiałam wszystko, co powiedział mi anestezjolog podczas operacji	1	2	3	4	5	6	7	
3	Otrzymałam wystarczające wsparcie od personelu na sali operacyjnej	1	2	3	4	5	6	7	



4	Podczas cięcia cesarskiego na sali operacyjnej nie czułam żadnego bólu.	1	2	3	4	5	6	7
5	Podczas cięcia cesarskiego na sali operacyjnej otrzymałam wystarczające złagodzenie bólu	1	2	3	4	5	6	7

Część 6 Ocena lęku Prosimy pomyśleć o czasie między decyzją o cięciu cesarskim a samą operacją.

Mój poziom lęku przed cięciem cesarskim oceniłabym na:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Część 7 Ocena/opinia dotycząca komunikacji

Gdyby odczuwała Pani ból, jak oceniłaby Pani sposób przekazywania informacji na temat możliwości łagodzenia bólu podczas operacji?

Skala numeryczna, w której:

0 = najgorsza możliwa komunikacja

100 = najlepsza możliwa komunikacja

	Tak	Nie	Nie jestem pewna
Czy powiedziała Pani anestezjologowi, że czuła Pani ból na sali operacyjnej?			
Czy na sali operacyjnej zaoferowano Pani więcej środków przeciwbólowych?			

Czy jest coś jeszcze, co chciałaby Pani przekazać zespołowi badawczemu? Tutaj można wpisać wszelkie dodatkowe uwagi lub tekst:

Pozabiegowy CRF 3 po porodzie przez cięcie cesarskie – wyniki średnioterminowe

Wypełniany 6 tygodni (+/- 3 dni) po cięciu cesarskim poprzez rozmowę telefoniczną z pacjentką.

Dziękujemy za poświęcony czas i wysiłek.

Skrypt dla badaczy

Jestem lekarzem/położną/pielęgniarką badawczą (podaj imię i nazwisko) (jeśli spotkaliście się wcześniej w procesie uzyskiwania zgody, przedstaw się ponownie).

Wyraziła Pani zgodę na wzięcie udziału w badaniu. Jego wypełnienie zajmie około 10–15 minut. Jeśli pacjentka wyraża zgodę, prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Jeżeli pacjentka nie może w tym czasie rozmawiać, prosimy o ustalenie dogodnego dla obu stron terminu ponownego kontaktu, przy czym musi on nastąpić w przedziale czasowym zbierania danych dla pacjentki. (6 tygodni po porodzie +/- 3 dni)

Część 1 Szczegóły badania

ID badania

~~Data i godzina wypełnienia CRF 3
(dd/mm/rrrr) (gg:mm)~~

Część 2 Ból poporodowy

Jakie było nasilenie bólu w ciągu ostatnich 24 godzin (6 tygodni po porodzie +/- 3 dni)?

0 = brak bólu, 10 = najgorszy ból, jaki można sobie wyobrazić

W spoczynku	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

W ruchu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Część 3 Edynburska Skala Depresji Poporodowej

Uwagi dla badaczy:

Depresja poporodowa jest najczęstszym powikłaniem związanym z ciążą. Licząca 10 pytań Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) jest cennym i skutecznym narzędziem identyfikacji pacjentek narażonych na ryzyko wystąpienia depresji „okołoporodowej”.

Wynik EPDS nie powinien być traktowany jako nadrzędny w stosunku do oceny klinicznej.

Jeżeli badacze ustalą, że wynik jest wyższy niż 11 lub pojawi się JAKAKOLWIEK odpowiedź inna niż „nigdy”, przejdź do pytania 10:

Zachęć pacjentkę do umówienia się na wizytę u lekarza rodzinnego w celu omówienia tej kwestii. Poinformuj ją, że wyślemy jej list z dodatkowymi materiałami, a także pismo do jej lekarza rodzinnego z informacją o wyniku.

Instrukcje dotyczące korzystania z Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej

1. Matka jest proszona o podanie odpowiedzi, która najbardziej odzwierciedla jej odczucia z ostatnich siedmiu dni;
2. Pacjentka powinna udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania.
3. Należy zadbać o to, aby respondentka nie omawiała swojej odpowiedzi z innymi osobami. Odpowiedzi powinny pochodzić od samych uczestniczek, chyba że występują u nich trudności ze zrozumieniem tekstu lub uczestniczki słabo znają język angielski.

Pacjentki cierpiące na depresję poporodową nie muszą czuć się samotne. Przydatne informacje można znaleźć na stronach internetowych organizacji Pre and Postnatal Depression Advice and Support (PANDAS) oraz u grup, takich jak Maternal Mental Health Alliance oraz <https://www.birthtraumaassociation.org.uk>.

Każde pytanie jest punktowane od 0 do 3. Odpowiedź „a” to 0, a odpowiedź „d” to 3. Maksymalna liczba punktów wynosi 30.

SKRYPT DLA BADACZA

Ponieważ w ciągu ostatnich 6 tygodni urodziła Pani dziecko, chcielibyśmy dowiedzieć się, jak się Pani czuje. Proszę mi przerwać, jeśli Pani czegoś nie zrozumie lub jeśli coś będzie dla Pani niejasne. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi. Proszę podać odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani samopoczucie W CIĄGU OSTATNICH SIEDMIU DNI, a nie tylko to, jak się Pani czuła od momentu cięcia cesarskiego lub jak się Pani czuje dzisiaj. Najpierw odczytam dziesięć pytań. W przypadku każdego pytania możliwe są cztery odpowiedzi. Może Pani wybrać tylko jedną odpowiedź.

Uwaga dla osoby prowadzącej rozmowę: najpierw przeczytaj wszystkie cztery opcje dla każdego pytania. Następnie poproś respondentkę, aby wybrała, która odpowiedź jej dotyczy. W razie potrzeby powtórz pytanie i możliwe odpowiedzi. Zaznacz odpowiednie pole pod każdym nagłówkiem. Być może konieczne będzie regularne przypominanie respondentowi, że przedział czasowy obejmuje OSTATNIE SIEDEM DNI

1	W ciągu ostatnich siedmiu dni: Mogłam się śmiać i dostrzegać zabawną stronę rzeczy	a. Tak jak zawsze mogłam b. Teraz nie tak dużo c. Teraz zdecydowanie nie tak dużo d. Zupełnie nie
2	Z radością oczekiwałam na to, co się wydarzy	a. Tak samo jak kiedyś b. Raczej mniej niż kiedyś c. Zdecydowanie mniej niż kiedyś d. Prawie wcale
3	Niepotrzebnie się obwinałam, gdy coś poszło nie tak	a. Tak, przez większość czasu b. Tak, czasami c. Niezbyt często d. Nie, nigdy
4	Byłam niespokojna lub zmartwiona bez powodu	a. Nie, w ogóle b. Prawie nigdy c. Tak, czasami d. Tak, bardzo często
5	Czułam strach lub panikę bez żadnego konkretnego powodu	a. Tak, całkiem sporo b. Tak, czasami c. Nie, niewiele d. Nie, w ogóle
6	Codziennosc zaczyna mnie przytłaczać	a. Tak, w ogóle sobie nie radziłam b. Tak, czasami nie radzę sobie tak dobrze jak zwykle c. Nie, przez większość czasu radziłam sobie całkiem nieźle d. Nie, radzę sobie tak dobrze jak zawsze
7	Byłam tak nieszczęśliwa, że miałam trudności z zasypianiem	a. Tak, przez większość czasu b. Tak, czasami c. Niezbyt często d. Nie, w ogóle
8	Czułam się smutna lub nieszczęśliwa	a. Tak, przez większość czasu b. Tak, dość często c. Niezbyt często d. Nie, w ogóle
9	Byłam tak nieszczęśliwa, że płakałam	a. Tak, przez większość czasu b. Tak, dość często c. Tylko okazjonalnie d. Nie, nigdy
10	Przyszła mi do głowy myśl o zrobieniu sobie krzywdy	a. Tak, dość często b. Sporadyczne c. Prawie nigdy d. Nigdy
Badacz wpisuje wynik w skali EPDS ____/30		

Część 4 – GAD7 – ocena zaburzenia lękowego uogólnionego

Uwagi dla badaczy:

GAD-7 jest wiarygodnym i skutecznym narzędziem służącym do badań przesiewowych w kierunku zaburzenia lękowego uogólnionego. Pacjentki uzyskujące wynik powyżej 15, cierpią najprawdopodobniej na poważne zaburzenia lękowe. Wynik GAD7 nie powinien być traktowany jako nadrzędny w stosunku do oceny klinicznej.

Jeżeli badacze ustalą, że wynik jest wyższy niż 15:

Zachęć pacjentkę do umówienia się na wizytę u lekarza rodzinnego w celu omówienia tej kwestii. Poinformuj ją, że wyślemy jej list z dodatkowymi materiałami, a także pismo do jej lekarza rodzinnego z informacją o wyniku.

Instrukcje dotyczące korzystania z GAD7:

Pacjentka jest proszona o podanie odpowiedzi, która najbardziej odzwierciedla jej odczucia z ostatnich DWÓCH TYGODNI

Ocena nasilenia lęku w skali GAD-7

Oblicza się to, przypisując odpowiednio punkty 0, 1, 2 i 3 kategoriom odpowiedzi: „wcale”, „przez kilka dni”, „przez ponad połowę dni” i „prawie każdego dnia”. Całkowity wynik w skali GAD-7 dla siedmiu pozycji mieści się w przedziale od 0 do 21. 0–4: minimalny lęk, 5–9 łagodny lęk; 10–14 umiarkowany lęk; 15–21: silny lęk

SKRYPT DLA BADACZY:

Odczytam teraz siedem pytań. W przypadku każdego pytania możliwe są cztery odpowiedzi. Może Pani wybrać tylko jedną odpowiedź. Mogę powtórzyć pytanie i proszę dać znać, jeśli coś będzie niejasne. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi. Proszę podać odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani samopoczucie W CIĄGU OSTATNICH DWÓCH TYGODNI, a nie tylko to, jak się Pani czuła od momentu cięcia cesarskiego lub jak się Pani czuje dzisiaj.

Uwaga dla osoby prowadzącej rozmowę: najpierw przeczytaj wszystkie cztery opcje dla każdego pytania. Następnie poproś respondentkę, aby wybrała, która odpowiedź jej dotyczy. W razie potrzeby powtórz pytanie i możliwe odpowiedzi. Zaznacz odpowiednie pole pod każdym nagłówkiem. Być może konieczne będzie regularne przypominanie respondentowi, że przedział czasowy obejmuje OSTATNIE DWA TYGODNIE)

Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni dokuczały Pani następujące problemy?	W ogóle nie	Przez kilka dni	Ponad połowę dni	Prawie codziennie
1) Uczucie zdenerwowania, niepokoju lub podenerwowania	0	1	2	3
2) Niezdolność do zatrzymania lub kontrolowania martwienia się;	0	1	2	3
3) Zbytne martwienie się o różne rzeczy	0	1	2	3
4) Trudności ze zrelaksowaniem się	0	1	2	3
5) Tak silny niepokój, że trudno usiedzieć w miejscu	0	1	2	3
6) Łatwo irytowanie się lub drażliwość	0	1	2	3
7) Odczuwanie strachu, jakby miało się wydarzyć coś strasznego	0	1	2	3

Wypełniają badacze: Wynik GAD7 ____/ 21

Część 4 Lista kontrolna zespołu stresu pourazowego PCL-5**Uwagi dla badaczy:**

PCL-5 to zwalidowane narzędzie do badań przesiewowych w kierunku zespołu stresu pourazowego. Matki uzyskujące wynik powyżej 30, cierpią najprawdopodobniej na poważne zaburzenia lękowe. Wynik PCL-5 nie powinien być traktowany jako nadrzędny w stosunku do oceny klinicznej.

Jeżeli badacze ustalą, że wynik jest wyższy niż 30:

Zachęć pacjentkę do umówienia się na wizytę u lekarza rodzinnego w celu omówienia tej kwestii. Poinformuj ją, że wyślemy jej list z dodatkowymi materiałami, a także pismo do jej lekarza rodzinnego z informacją o wyniku.

Instrukcje dotyczące korzystania z PCL-5: Pacjentka jest proszona o podanie odpowiedzi, która najbardziej odzwierciedla jej odczucia z ostatniego MIESIĄCA

SKRYPT DLA BADACZY:

Poniżej znajduje się lista dwudziestu problemów, które czasami pojawiają się u ludzi w odpowiedzi na stres. Na potrzeby tego kwestionariusza „stresujące przeżycie” odnosi się do Pani przeżyć na sali operacyjnej w trakcie porodu. W przypadku każdego pytania możliwych jest pięć odpowiedzi. Może Pani wybrać tylko jedną odpowiedź. Mogę coś powtórzyć i proszę dać znać, jeśli coś będzie niejasne. Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi. Proszę podać odpowiedź, która najlepiej odzwierciedla Pani samopoczucie W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA, a nie tylko to, jak się Pani czuła od momentu cięcia cesarskiego lub jak się Pani czuje dzisiaj.

Uwaga dla osoby prowadzącej rozmowę: najpierw przeczytaj wszystkie pięć opcji dla każdego pytania. Następnie poproś respondentkę, aby wybrała, która odpowiedź jej dotyczy. W razie potrzeby powtórz pytanie i możliwe odpowiedzi. Zaznacz

odpowiednie pole pod każdym nagłówkiem. Być może konieczne będzie regularne przypominanie respondentce, że przedział czasowy obejmuje OSTATNI MIESIĄC

Q	Odpowiedź	Zupełnie nie	Nieznacznie	Umiarkowanie	Znacznie	Bardzo
1	Powtarzające się, niepokojące i niechciane wspomnienia stresującego przeżycia?	0	1	2	3	4
2	Powtarzające się, niepokojące sny o stresującym przeżyciu?	0	1	2	3	4
3	Czy nagle ma Pani wrażenie lub zachowuje się, tak jakby stresujące przeżycie rzeczywiście wystąpiło ponownie (jakby Pani naprawdę tam była i przeżywała je na nowo)?	0	1	2	3	4
4	Czy czuje się Pani bardzo zdenerwowana, gdy coś przypomina Pani stresujące przeżycie?	0	1	2	3	4
5	Czy odczuwa Pani silne reakcje fizyczne, gdy coś przypomina Pani stresujące przeżycie (np. przyspieszone bicie serca, trudności w oddychaniu, pocenie się)?	0	1	2	3	4
6	Unikanie wspomnień, myśli i uczuć związanych ze stresującym przeżyciem?	0	1	2	3	4
7	Unikanie przypomnień o stresującym przeżyciu (np. ludzi, miejsc, rozmów, czynności, obiektów lub sytuacji)?	0	1	2	3	4
8	Problemy z zapamiętaniem ważnych fragmentów stresującego przeżycia?	0	1	2	3	4
9	Posiadanie silnych, negatywnych przekonań na temat siebie, innych ludzi lub świata (np. pojawianie się takich myśli jak: Jestem zła, jest ze mną coś poważnie nie tak, nikomu nie można ufać, świat jest totalnie niebezpieczny)?	0	1	2	3	4
10	Czy obwinia Pani siebie lub kogoś innego za stresujące przeżycie lub za to, co wydarzyło się później?	0	1	2	3	4
11	Czy odczuwa Pani silne negatywne uczucia, takie jak strach, przerażenie, złość, poczucie winy lub wstyd?	0	1	2	3	4
12	Utrata zainteresowania czynnościami, które kiedyś sprawiały przyjemność?	0	1	2	3	4
13	Poczucie oddalenia lub odcięcia od innych ludzi?	0	1	2	3	4
14	Trudności z doświadczaniem pozytywnych uczuć (np. z odczuwaniem szczęścia lub miłości do bliskich osób)?	0	1	2	3	4
15	Drażliwość, wybuchy złości lub agresywne zachowanie?	0	1	2	3	4
16	Podejmowanie zbyt dużego ryzyka lub robienie rzeczy, które mogą być szkodliwe?	0	1	2	3	4
17	Bycie „super czujnym”, uważnym lub ciągle na baczności.	0	1	2	3	4
18	Nerwowość lub skłonność do przestraszenia się?	0	1	2	3	4
19	Trudności z koncentracją?	0	1	2	3	4
20	Problemy z zasypianiem lub wybudzanie się?	0	1	2	3	4

Wypełnia badacz: Wynik PCL-5 _____/80