



CORE-OM

TÄIDAB TERAPEUT

Asutuse kood:

Vanus:

N

M

Kliendi kood:

Terapeudi kood:

Küsimustiku täitmise kuupäev:

P

P

K

K

A

A

A

A

Teraapia etapp:

- S Sõelumine
- R Suunamine
- A Hindamine
- P Enne teraapiat
- F Esimene seanss
- D Teraapia ajal
- L Viimane seanss
- X 1. järeluurung
- Y 2. järeluurung

Etapp

Episood

Käesolevas küsimustikus on 34 väidet selle kohta, kuidas sa oled end VIIMASE NÄDALA JOOKSUL tundnud.

Palun loe iga väide läbi ja mõtle, kui sageli oled viimasel nädalal end selliselt tundnud. Tee märge sobivasse kastikesse.

Viimase nädala jooksul...

	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Enamasti või kogu aeg	TÄIDAB TERAPEUT
1 Tundsin end äärmiselt üksildasena	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Tundsin pinget, ärevust või närvilisust	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 Tundsin, et mul on keegi, kellelt vajadusel abi paluda	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Tundsin, et minuga on kõik korras	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Mul polnud üldse jõudu ega tahtmist midagi ette võtta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 Kasutasin kellegi vastu füüsilist vägivalda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Tundsin, et saan hakkama ka siis, kui asjad ebaõnnestuvad	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 Mind häirisid valud või muud kehalised vaevused	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 Mõtlesin enesevigastamise peale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Inimestega suhtlemine tundus mulle liiga suure pingutusena	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 Pinge ja ärevus takistasid tähtsate asjade tegemist	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Tundsin rõõmu asjadest, mida tegin	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Mind häirisid soovimatud mõtted ja tunded	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 Tundsin, et hakkan kohe nutma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

Palun keera teine pool

Viimase nädala jooksul...

	Üldse mitte	Harva	Mõnikord	Sageli	Enamasti või kogu aeg	TÄHNB TÄRPEID
15 Tundsin paanikat või suurt hirmu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 Tegin plaane endalt elu võtmiseks	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Tundsin, et ei saa oma probleemidega hakkama	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 Mul oli raske magama jääda või ärgates ei suutnud enam uinuda	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 Tundsin kellegi suhtes sümpaatiat või kiindumust	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Tundsin, et ei suuda lõpetada oma probleemidest mõtlemist	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 Olin võimeline täitma enamiku oma kohustustest	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 Ähvardasin või hirmutasin kedagi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Tundsin meeleheidet või lootusetust	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 Mõtlesin, et parem oleks olla surnud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Tundsin, et mind kritiseeritakse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 Mõtlesin, et mul ei ole ühtegi sõpra	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Olin õnnetu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Mind vaevasid soovimatud kujutlused või mälestused	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Olin inimestega suhtlemisel kergesti ärrituv	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 Arvasin, et olen oma probleemides ja raskustes ise süüdi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Tundsin, et minu tulevik on helge	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 Saavutasin, mida tahtsin	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Tundsin, et teised alandasid või häbivääristasid mind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Tegin endale füüsiliselt viga või seadsin oma tervise ohtu	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

TÄNAME, ET LEIDSID AEGA KÜSIMUSTIKU TÄITMISEKS!

Koguskoor

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>	→	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

Keskmsed skoorid:

(Domeeni üldskoor jagatuna selle domeeni täidetud väidete arvuga)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(W)

(P)

(F)

(R)

Kõik kokku

Kõik miinus R