



CORE-SFA

**PUSTITE PRAZNO!**

Šifra klienta:

Šifra storitve:

Šifra terapevta:

**Zaključena stopnja**

F Prvo terapevtsko srečanje

D Med terapijo

L Zadnje terapevtsko srečanje

Datum izpolnjevanja vprašalnika:

D D M M L L L L

**Številka srečanja:**

(001 = Prvo srečanje te terapevtske obravnave)

**POMEMBNO – PROSIMO, DA TO PREBERETE NAJPREJ:**

Pred vami je vprašalnik s 18-imi trditvami o vašem počutju v PRETEKLEM TEDNU. Preberite vsako trditev in obkrožite tisto številko, ki najbolje opisuje, kako pogosto se je v preteklem tednu pri vas pojavilo določeno počutje.

**V zadnjem tednu ...**

	Splah ne	Samo občasno	Včasih	Pogosto	Večino ali ves čas	
1 Počutil(-a) sem se napet(-a) ali nemiren(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
2 Bil(-a) sem zadovoljen(-a) sam(-a) s sabo.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> B
3 Vznemirjale so me nezaželene predstave ali spomini.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
4 Dosegel(-a) sem stvari, ki sem jih želel(-a).	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
5 Počutila(-a) sem se ponižan(-a) ali osramočen(-a) s strani drugih.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
6 Šlo mi je na jok.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> B
7 Do nekoga sem čutil(-a) naklonjenost ali toplino.	<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 Svojim težavam nisem mogel(-a) ubežati.	<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 Do drugih sem bil(-a) fizično nasilen(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> T
10 Bil(-a) sem obupan(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
11 Imel(-a) sem občutek, da me drugi kritizirajo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
12 Čutil(-a) sem, da obvladam stvari, ko gredo narobe.	<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 Bil(-a) sem nesrečen(-a).	<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 V prisotnosti drugih ljudi sem bil(-a) razdražljiv(-a).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
15 Počutil(-a) sem se, kot da se utapljam v svojih težavah.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> B
16 Čutil(-a) sem paniko ali grozo.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
17 Bil(-a) sem optimističen(-a) glede svoje prihodnosti.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> B
18 Telesno sem se poškodoval(-a) ali resno ogrožal(-a) svoje zdravje.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> T

**HVALA, DA STE SI VZELI ČAS IN IZPOLNILI VPRAŠALNIK!**

**Skupna rezultat**

+  +  +  =  →   
 (B)       (P)       (F)       (T)      vse predmete      vse postavke minus T

**Povprečna rezultat**

Skupna vrednost za vsako dimenzijo deljena s številom označenih trditev pri tej dimenziji