

Short PTSD Rating Instrument Self Rated (SPRINT-SR)

Identify the most painful or traumatic event in your life that is still painful for you
আপনার জীবনের সবথেকে বেদনাদায়ক বা আঘাতদায়ক ঘটনা চিহ্নিত করুন যা আপনার জন্য এখনও যন্ত্রণাপ্রদ

For each question, select the answer that most accurately expresses how you felt last week. If you have started treatment to relieve your pain, questions 9 and 10 apply to you and you can answer them. If not taking any treatment, answer questions 1 to 8 only. প্রতিটি প্রশ্নের জন্য একটি উত্তর নির্বাচন করুন যা সর্বাধিক সঠিকভাবে আপনার গত সপ্তাহের অনুভূতি প্রকাশ করে। আপনি যদি আপনার মানসিক যন্ত্রণা উপসমের লক্ষ্যে চিকিৎসা শুরু করে থাকেন, তাহলে ৯ ও ১০ নম্বর প্রশ্ন আপনার জন্য প্রযোজ্য এবং আপনি তার উত্তর দিতে পারেন। যদি কোন চিকিৎসা গ্রহণ না করে থাকেন, শুধুমাত্র ১ থেকে ৮ নম্বর প্রশ্নের উত্তর দিন।		Not at all 0 একদমই	In small doses 1 স্বল্প মাত্রায়	Moderate/tolerable 2 মাঝারি আকারে/সহনীয়	Enough amount 3 যথেষ্ট পরিমাণে	Too much 4 খুব বেশি মাত্রায়
1	To what extent are you affected or affected by unwanted memories, nightmares or flashbacks of past events? অবাঞ্ছিত স্মৃতি, দুঃস্বপ্ন অথবা অতীতের ঘটনা মনে পরে যাওয়ায় আপনি কী পরিমাণে আক্রান্ত বা প্রভাবিত হয়েছেন?					
2	How much effort have you made to avoid thinking about, talking about, or doing things that remind you of the event? ঘটনাটি সম্পর্কে চিন্তা করা বা কথা বলা অথবা যেসব কাজ করলে ঘটনাটি মনে পরে যায় তা থেকে বিরত থাকতে আপনি কতটুকু চেষ্টা করেছেন?					
3	To what extent are you distancing yourself from people or not enjoying anything or having trouble feeling anything? আপনি কী পরিমাণে মানুষের থেকে দূরত্ব বজায় রাখছেন বা কোন কিছু উপভোগ করছেন না অথবা কিছু অনুভব করতে আপনার কষ্ট হচ্ছে?					
4	How much has poor sleep, inattention, anxiety or nervousness, irritability, or feeling wary of your surroundings affected you? ঘুম কম হওয়া, অমনোযোগীতা, উদ্বিগ্নতা বা স্নায়বিক দুর্বলতা, বিরক্তি অথবা আপনার চারপাশের পরিবেশ সম্পর্কে সতর্ক থাকার অনুভূতি আপনাকে কতটুকু প্রভাবিত করেছে?					

5	<p>How much are you affected or affected physically and mentally by pain or fatigue?</p> <p>আপনি ব্যথা অথবা ক্লান্তি দ্বারা শারীরিক ও মানসিকভাবে কতটুকু আক্রান্ত বা প্রভাবিত হয়েছেন?</p>					
6	<p>When you face stress or setbacks, how frustrated do you feel?</p> <p>আপনি যখন মানসিক চাপ বা বাধা বিপত্তির সম্মুখীন হন, তখন আপনি কতটুকু মর্মাহত অনুভব করেন?</p>					
7	<p>To what extent are the above symptoms interfering with your performance or amount of daily activities?</p> <p>উপরোল্লিখিত উপসর্গগুলো আপনার কর্মক্ষমতা বা দৈনন্দিন কাজের পরিমাণকে কী পরিমাণে ব্যাহত করছে?</p>					
8	<p>Are the above symptoms ruining your relationships with family, friends, or loved ones?</p> <p>উপরোল্লিখিত উপসর্গগুলো কি আপনার পরিবার, আপনজন বা বন্ধুবান্ধবের সাথে সম্পর্ক বিনষ্ট করছে?</p>					

1-8 নম্বর প্রশ্নের সমষ্টি Sum of questions 1-8



9	If you have started or are undergoing treatment, how well have you been feeling since starting treatment? (Percentage) (%)										
	আপনি যদি চিকিৎসা শুরু করে থাকেন বা চিকিৎসার মধ্য দিয়ে আছেন, তাহলে চিকিৎসা শুরুর পর থেকে আপনি কতটুকু ভাল অনুভব করছেন? (শতকরা হারে) (%)										
	০%	১০%	২০%	৩০%	৪০%	৫০%	৬০%	৭০%	৮০%	৯০%	১০০%

10	How much has the above symptoms improved after starting the treatment?				
	চিকিৎসা শুরুর পর উপরোল্লিখিত উপসর্গ কতটুকু ভাল হয়েছে?				
	got worse	immutable	a little	quite a bit	much more
	খারাপ হয়েছে	অপরিবর্তনীয়	সামান্য	বেশ খানিকটা	অনেক বেশি
	১	২	৩	৪	৫

Insomnia Severity Index

Dear participant, the following questions are targeted to measure the severity of Insomnia. Please tick the best proper choice of answer code

(নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো আপনার মাঝে অনিদ্রাজনিত সমস্যা ও তার মাত্রা নির্ণয়ের জন্য নির্ধারিত। অনুগ্রহপূর্বক উপযুক্ত উত্তরটি টিকচিহ্নিত করুন)।

Please rate the CURRENT (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your insomnia problem(s) [দয়া করে আপনার বর্তমান (যেমন গত দুই সপ্তাহের) নিদ্রাহীনতার হার তুলে ধরুন]।

Section	Insomnia Problem(অনিদ্রাজনিত সমস্যা)	None(একদম না)	Mild(কিছুটা)	Moderate (মোটামোট)	Severe(বেশি)	Very Severe(খুব বেশি)
11	Difficulty falling asleep (আপনার কি ঘুম আসতে কোন সমস্যা হয়)?	0	1	2	3	4
12	Difficulty staying asleep (আপনার কি ঘুমে কোন ব্যাঘাত ঘটে)?	0	1	2	3	4
13	Problems waking up too early (আপনার কি খুব সকাল সকাল ঘুম থেকে উঠতে কোন কষ্ট অনুভূত হয়)?	0	1	2	3	4

Section	Question (প্রশ্ন)	Very Satisfied (খুব সন্তুষ্ট)	Satisfied (সন্তুষ্ট)	Moderately Satisfied (মোটামুটি সন্তুষ্ট)	Dissatisfied (অসন্তুষ্ট)	Very Dissatisfied (খুব অসন্তুষ্ট)
14	How SATISFIED/DISSATISFIED are you with your CURRENT sleep pattern (বর্তমানে ঘুমের অবস্থান নিয়ে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট)?	0	1	2	3	4

Section	Question (প্রশ্ন)	Not at all (একটুও লক্ষণীয় না)	Notice able (লক্ষণীয়)	A Little (সামান্য)	Somewh at (অনেক)	Very Much Noticeable (খুব বেশি লক্ষণীয়)
15	How NOTICEABLE to others do you think your sleep problem is in terms of impairing the quality of your life (আপনার বর্তমান ঘুমের সমস্যাটি আপনার জীবনজাপনের মান কতটুকু কমিয়েছে যা অন্যের নজরে পড়েছে)?	0	1	2	3	4

Section	Question (প্রশ্ন)	Not at all (একটুও চিন্তিত না)	Worrie d (চিন্তিত)	A Little (সামান্য)	Somewh at (অনেক)	Very Much Worried (খুব বেশি চিন্তিত)
16	How WORRIED/DISTRESSED are you about your current sleep problem (আপনার বর্তমান ঘুমের সমস্যাটি নিয়ে আপনি কতটা চিন্তিত বা অবসাদগ্রস্ত)?	0	1	2	3	4

Section	Question (প্রশ্ন)	Not at all (একটুও হস্তক্ষেপ যোগ্য না)	Inter ferin g (হস্তক্ষেপ যোগ্য)	A Little (সামান্য)	Somewh at (অনেক)	Very Much Interfering (খুব হস্তক্ষেপ যোগ্য)
17	To what extent do you consider your sleep problem to INTERFERE with your daily functioning (e.g. daytime fatigue, mood, ability to function at work/daily chores, concentration, memory, mood, etc.) CURRENTLY (আপনার বর্তমান ঘুমের সমস্যা কতটুকু পর্যন্ত আপনার নিত্যদিনের কর্তব্য পালনে হস্তক্ষেপ করছে? (যেমন, ক্লাস্তি, মনোভাব, নিত্যদিনের কাজকর্ম করতে পারা,	0	1	2	3	4

	মনোযোগ, স্মৃতিশক্তি, ইত্যাদি)?					
--	--------------------------------	--	--	--	--	--

***Guidelines for Scoring/Interpretation (For only interviewer's use): Add the scores for all seven items (questions 11 + 12 + 13 + 14 + 15 + 16 + 17) = _____ your total score. Total score categories: 0–7 = No clinically significant insomnia, 8–14 = Subthreshold insomnia, 15–21 = Clinical insomnia (moderate severity), 22–28 = Clinical insomnia (severe)

Suicidal Ideation Attribute Scale (SIDAS)

18: In the past month, how often have you had thoughts about suicide? (0=Never, 10= Always)

গত মাসে, কতবার আপনার আত্মহত্যার চিন্তা ছিল? (0=কখনও না, 10= সর্বদা)

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

19: In the past month, how much control have you had over these thoughts? (0=No control, 10= Full control)

গত মাসে, আপনি এই চিন্তার উপর কতটা নিয়ন্ত্রণ করেছেন? (0=কোন নিয়ন্ত্রণ নেই, 10= সম্পূর্ণ নিয়ন্ত্রণ)

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

20: In the past month, how close have you come to making a suicide attempt? (0=Not close at all, 10= Made an attempt)

গত মাসে, আপনি আত্মহত্যার চেষ্টা করার কতটা কাছাকাছি এসেছেন? (0=মোটোও চেষ্টা করিনি, 10= একটি প্রচেষ্টা করেছি)

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

21: In the past month, to what extent have you felt tormented by thoughts about suicide? (0=Not at all, 10= Extremely)

গত মাসে, আত্মহত্যার কথা চিন্তা করে আপনি কতটা কষ্ট পেয়েছেন? (0=মোটোই না, 10= চরম)

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

22: In the past month, how much have thoughts about suicide interfered with your ability to carry out daily activities, such as work, household tasks, or social activities?

গত মাসে, আত্মহত্যা সম্পর্কে চিন্তাভাবনা আপনার দৈনন্দিন কাজকর্ম, যেমন কাজ, গৃহস্থালীর কাজ বা সামাজিক ক্রিয়াকলাপগুলি সম্পাদন করার ক্ষমতার সাথে কতটা হস্তক্ষেপ করেছে? (0=মোটোই না, 10= চরম)

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