

Global Psychotrauma Screen (GPS)

_____|_____|_____|_____|_____|

Participant Identification Number

Płeć

Kobieta Mężczyzna Inna

Wiek (lata)

_____|_____|

Czasem ludziom zdarzają się rzeczy, które są wyjątkowo albo szczególnie przerażające, okropne lub traumatyczne.

Opisz krótko zdarzenie lub doświadczenie, które w dalszym ciągu wpływa na Ciebie najmocniej:

.....

Zdarzenie to miało miejsce: w ostatnim miesiącu w ostatnim półroczu w ostatnim roku
 dawniej

Zdarzenie to:

- było jednorazowe, kiedy byłem(am) w wieku ____|____| lat
 trwało przez dłuższy czas / wielokrotnie, kiedy byłem(am) w wieku od ____|____| do ____|____| lat

Czy tym zdarzeniem był(a/o) (możliwa więcej niż jedna odpowiedź):

- | | | |
|----------------------|---|---|
| Przemoc fizyczna: | <input type="checkbox"/> doświadczenie osobiste | <input type="checkbox"/> doświadczenie kogoś innego |
| Przemoc seksualna: | <input type="checkbox"/> doświadczenie osobiste | <input type="checkbox"/> doświadczenie kogoś innego |
| Przemoc emocjonalna: | <input type="checkbox"/> doświadczenie osobiste | <input type="checkbox"/> doświadczenie kogoś innego |
| Poważne obrażenia: | <input type="checkbox"/> doświadczenie osobiste | <input type="checkbox"/> doświadczenie kogoś innego |
| Zagrożenie życia: | <input type="checkbox"/> doświadczenie osobiste | <input type="checkbox"/> doświadczenie kogoś innego |
- Nagła śmierć bliskiej osoby
 Ty wyrządziłeś krzywdę komuś innemu
 Koronawirus (COVID-19)

Biorąc pod uwagę powyższe zdarzenie(a), czy w ostatnim miesiącu:

- | | | | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | .. miałeś(aś) koszmary senne na temat tego zdarzenia (zdarzeń) lub myślałeś(aś) na jego (ich) temat, kiedy tego nie chciałeś(aś)? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| 2. | .. bardzo się starałeś(aś) nie myśleć o tym zdarzeniu (zdarzeniach) lub unikać sytuacji, które by Ci o nim (ich) przypominały? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| 3. | .. byłeś(aś) ciągle w pogotowiu, czujny(a) lub łatwo reagowałeś(aś) przestraszonym? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| 4. | .. czułeś(aś) się jak odrętwiały(a) albo odseparowany(a) od ludzi, działań lub otoczenia? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| 5. | .. czułeś(aś) się winny(a) lub nie byłeś(aś) w stanie przestać oskarżać siebie lub innych za to zdarzenie (zdarzenia) albo problemy, jakie ono spowodowało (one spowodowały)? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| 6. | .. czułeś(aś) się bezwartościowy(a)? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| 7. | .. doświadczałeś(aś) wybuchów złości, których nie byłeś(aś) w stanie kontrolować? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| 8. | .. byłeś(aś) nerwowy, zalekany albo na krawędzi wytrzymałości? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| 9. | .. nie byłeś(aś) w stanie zatrzymać lub kontrolować martwienia się? | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

10.	.. czułeś(aś), że jesteś w dołku, pogrążony(a) w depresji lub że straciłeś(aś) wszelką nadzieję?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
11.	.. nie byłeś(aś) zbyt zainteresowany(a) robieniem różnych rzeczy lub ich wykonywanie nie sprawiało Ci przyjemności?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
12.	.. miałeś(aś) problem z zasypianiem lub snem?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
13.	.. próbowałeś(aś) celowo się zranić?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
14.	.. postrzegałeś(aś) czy też doświadczałeś(aś) świat albo innych ludzi inaczej, tak, że wydawało się, że śnisz, a to, co się dzieje, jest dziwne lub nierzeczywiste?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
15.	.. czułeś(ś) się odłączony lub oddzielony od swojego ciała (na przykład, czułeś(aś) się jakbyś patrzył(a) na siebie z zewnątrz, jak byś był(a) obserwatorem swojego ciała)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
16.	.. miałeś(aś) jakiegokolwiek problemy fizyczne, emocjonalne lub społeczne, które Cię niepokoiły?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
17.	.. doświadczyłeś(aś) innych stresujących zdarzeń (takich jak problemy finansowe, zmiana pracy, zmiana mieszkania, kryzys w relacjach w pracy lub życiu prywatnym)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
18.	.. próbowałeś(aś) zmniejszyć napięcie za pomocą alkoholu, tytoniu, narkotyków lub leków?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
19.	.. brakowało Ci wokół siebie wspierających ludzi, którzy chętnie by Ci pomogli w trudnym czasie (chodzi o wsparcie emocjonalne, opiekę nad dziećmi czy zwierzętami domowymi, podwiezienie do przychodni czy sklepu w czasie choroby)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
20.	Czy w czasie <u>swojego dzieciństwa</u> (0-18 lat) doświadczyłeś(aś) jakiegokolwiek zdarzeń traumatycznych? (np. poważnego wypadku lub pożaru, napaści fizycznej lub seksualnej albo nadużycia, katastrofy, byłeś(aś) świadkiem zabójstwa lub poważnego zranienia kogoś, albo przeżyłeś(aś) śmierć kogoś bliskiego)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
21.	Czy <u>kiedykolwiek</u> byłeś(aś) diagnozowany(a) psychiatrycznie lub leczony(a) z powodu problemów psychologicznych (na przykład depresji, zaburzeń lękowych lub osobowości)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
22.	Czy <u>ogólnie</u> uważasz siebie za osobę odporną?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak									
23.	Jak oceniasz swoje aktualne funkcjonowanie (w pracy/domu)?											
	Żle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Znakomicie