

ტრავმის გლობალური სკრინინგის კითხვარი (GPS)

□ □ □ □ □ □

მონაწილის საიდენტიფიკაციო ნომერი

სქესი მდედრ. მამრ. სხვა

ასაკი (წლები)

ზოგჯერ ადამიანებს ისეთი რაღაცეები გადახდებთ თავს, რაც უჩვეულოდ ან განსაკუთრებით შემაშინებელი, საზარელი, ან მატრავმირებელია.

მოკლედ აღწერეთ მოვლენა ან გამოცდილება, რომელიც ამჟამად ყველაზე მეტად მოქმედებს თქვენზე: _____

ეს მოვლენა მოხდა:

- გასულ თვეში გასულ ნახევარ წელიწადში გასულ წელს უფრო დიდი ხნის წინ

ეს მოვლენა იყო:

- ერთხელობრივი მოვლენა და მოხდა როდესაც მე ვიყავი (დაახლოებით) ----- წლის
 უფრო დიდი ხნის მანძილზე/მრავალჯერ მოხდა ----- წლის ასაკიდან ----- წლის ასაკამდე პერიოდში (დაახლოებით)

ჩამოთვლილთაგან, რომელი აღწერს ამ მოვლენას/გამოცდილებას (შესაძლებელია მეტი პასუხებიც):

- | | | |
|----------------------|--|--|
| ფიზიკური ძალადობა | <input type="checkbox"/> თქვენ გადაგხდათ | <input type="checkbox"/> ვიღაც სხვას გადახდა |
| სექსუალური ძალადობა | <input type="checkbox"/> თქვენ გადაგხდათ | <input type="checkbox"/> ვიღაც სხვას გადახდა |
| ემოციური ძალადობა | <input type="checkbox"/> თქვენ გადაგხდათ | <input type="checkbox"/> ვიღაც სხვას გადახდა |
| სერიოზული დამავეება | <input type="checkbox"/> თქვენ გადაგხდათ | <input type="checkbox"/> ვიღაც სხვას გადახდა |
| სიცოცხლისთვის საშიში | <input type="checkbox"/> თქვენ გადაგხდათ | <input type="checkbox"/> ვიღაც სხვას გადახდა |

საყვარელი ადამიანის უცარი სიკვდილი

თქვენ მიაყენეთ ზიანი ვიღაც სხვას

გასული თვის განმავლობაში, ზევით აღწერილი მოვლენის გათვალისწინებით,

1.	.. ხომ არ გქონიათ ღამის კოშმარები წარსულში გადატანილი მატრავმირებელი მოვლენ(ებ)ის შესახებ ან, ხომ არ გეფიქრებოდათ ამ მოვლენ(ებ)ზე მაშინ, როცა არ გინდოდათ რომ გეფიქრათ?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ
2.	.. ძალიან ცდილობდით არ გეფიქრათ წარსულში გადატანილი მატრავმირებელი მოვლენ(ებ)ის შესახებ, ან თავს არიდებდით სიტუაციებს, რომელიც ამ მოვლენას(ებს) მოგაგონებდათ?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ
3.	.. იყავით მუდმივად დადარაჯებული, ფიზიკურად ან ადვილად შეკრთებოდათ ხოლმე?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ
4.	.. გრძნობდით თავს ემოციურად გაყინულად ან გამოთიშულად სხვა ადამიანებისგან, აქტივობებისგან, ან თქვენი გარემოცვიდან?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ
5.	.. თავს დამნაშავედ გრძნობდით ან ვერ ჩერდებოდით, რომ საკუთარი თავი ან სხვები არ დაგედანაშაულებინათ განცდილი მატრავმირებელი მოვლენ(ებ)ის გამო, ან იმ პრობლემის გამო, რაც ამ მოვლენამ(ებმა) გამოიწვია?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ

6.	.. მიდრეკილი იყავით, თავი არაფრისმაქნისად გეგრძნოთ?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
7.	.. გემართებოდით ბრაზის შეტევები/აფეთქებები, რომელთაც ვერ აკონტროლებდით?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
8.	.. თავს გრძნობდით განერვიულებულად, შფოთავდით, ან გრძნობდით რომ ზღვრამდე ხართ მისული?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
9.	.. ვერ ახერხებდით, რომ შეგეწყვიტათ ან გეკონტროლებინათ წუხილი/შფოთვა?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
10.	.. თავს უგუნებოდ, დეპრესიულად ან უიმედოდ გრძნობდით?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
11.	.. საქმეების კეთების მიმართ მცირედ ინტერესს ან სიამოვნებას გრძნობდით?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
12.	.. გქონდათ რაიმე პრობლემები ჩაძინების თუ ძილის შენარჩუნების თვალსაზრისით?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
13.	.. გიცდიათ მიზანდასახულად ზიანი მიგეყენებინათ საკუთარი თავისთვის?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
14.	.. აგლიჯვამთ ან განგიცდიათ სამყარო ან სხვა ადამიანები განსხვავებულად, ისე, თითქოს რაღაცეები სიზმარში ხდებოდა, უცნაურია ან არარეალური?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
15.	.. გიგრძნვიათ თავი თქვენი სხეულიდან გათიშულად ან განცალკავებულად (მაგალითად, თითქოს თქვენ თავს ზევიდან ხედავთ, ან თქვენი საკუთარი სხეულის გარედან დამკვირვებელი ხართ)?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
16.	.. გქონიათ რაიმე სხვა ფიზიკური, ემოციური ან სოციალური პრობლემა, რომელსაც შეუწუხებიახართ?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
17.	.. განიცადეთ რაიმე სხვა სტრესული მოვლენები? (როგორცაა ფინანსური პრობლემები, სამსახურ(ებ)ის გამოცვლა, სხვა სახლში/ბინაში გადასვლა საცხოვრებლად, ურთიერთობის კრიზისი სამსახურსა თუ პირად ცხოვრებაში)	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
18.	.. გიცდიათ დამბულობის შემცირება ალკოჰოლის, თამბაქოს, ნარკოტიკების ან წამლების მოხმარების საშუალებით?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
19.	.. გაკლდათ მხარდამჭერი ადამიანები თქვენს გარშემო, ვისაც შეძლებდით რომ დაყრდნობდით რთულ მომენტებში? (როგორცაა, ემოციური მხარდაჭერა, ზავშვების თუ შინაური ცხოველების მიხედვა, საავადმყოფოში ან მალაზიაში მანქანით მიყვანა, დახმარება, როცა თქვენ ავად ხართ ?)	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
20.	<u>თქვენს ზავშვობაში</u> (0-18 წლები) გამოგიცდიათ რაიმე მატრავმირებელი მოვლენის ზემოქმედება? (მაგ., სერიოზული უბედური შემთხვევა ან ხანძარი, ფიზიკური ან სექსუალური შეურაცხყოფა ან ძალადობა, კატასტროფა, სხვა ადამიანის მკვლელობის ან სერიოზული დაზიანების დაზავება, ან საყვარელი ადამიანის გარდაცვალება)	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
21.	თქვენთვის <u>ოდესმე</u> ხომ არ დაუსვამთ ფსიქიატრიული დიაგნოზი, ან ოდესმე რომ არ გიმკურნალიათ ფსიქოლოგიური პრობლემების გამო? (მაგ., დეპრესია, შფოთვა ან პიროვნული აშლილობა?)	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
22.	<u>ზოგადად</u> , განიხილავთ თუ არა თქვენს თავს, როგორც გამძლე, მედეგ პიროვნებას?	<input type="checkbox"/> არა	<input type="checkbox"/> დიახ									
23.	როგორ შეაფასებდით თქვენს ამჟამინდელ ფუნქციობას (სახლში/სამსახურში)?											
	ცუდი	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	შესანიშნავი