

# Global Psikotravma Ölçeği (GPS)

\_\_\_\_\_

Katılımcı Kodu

Cinsiyet

Kadın

Erkek

Diğer

Yaş (yıl)

\_\_\_\_\_

**Bazen insanların başından alışılmadık ya da özellikle ürkütücü, korkutucu ya da travmatik olaylar geçer.**

**Lütfen sizi şu anda en çok etkileyen olayı veya deneyimi kısaca tanımlayın:**

.....

**Olayın gerçekleşme zamanı:**  Geçen ay  Son 6 ay içinde  Son 1 yıl içinde  Daha önce

**Bu olay:**

Belirttiğim yaşımda iken bir kez meydana geldi. \_\_\_\_\_

elirttiğim yaş aralığında uzun bir dönem boyunca sürekli / birden fazla kez meydana geldi. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Aşağıdakilerden hangileri yaşadığınız olayı tanımlamaktadır ? (birden çok seçenek işaretlenebilir)**

Fiziksel şiddet:  Kendime yönelik  Bir başkasının başına geldi

Cinsel şiddet:  Kendime yönelik  Bir başkasının başına geldi

Duygusal istismar:  Kendime yönelik  Bir başkasının başına geldi

Ciddi yaralanma:  Kendime yönelik  Bir başkasının başına geldi

Hayati tehlike:  Kendime yönelik  Bir başkasının başına geldi

Sevilen bir kimsenin ani ölümü

Başka birinin zarar görmesine neden olmak

(COVID-19)

**Yukarıda bahsettiğiniz olayı göz önüne alarak, son 1 ay içinde...**

- |                                                                                                                                                                                   |                                |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 1. .. geçmiş travmatik yaşantılarınız hakkında kabuslar gördünüz ya da istemediğiniz halde bu olaylar hakkında düşündünüz mü ?                                                    | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 2. .. geçmiş travmatik yaşantılarınız hakkında düşünmemeye ya da size bu yaşantılarınızı hatırlatan durumlardan kaçınmaya çalıştınız mı ?                                         | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 3. .. sürekli tetikte,dikkatli ya da kolaylıkla irkilen bir halde miydiniz ?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 4. .. hissizleşmiş ya da insanlardan, aktivitelerden ya da çevrenizden kopmuş hissettiniz mi ?                                                                                    | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 5. .. geçmiş travmatik yaşantılarınız ya da bu yaşantıların yol açtığı problemler hakkında kendinizi suçlu hissettiğiniz ya da başkalarını suçlamaktan vazgeçemediğiniz oldu mu ? | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 6. .. kendinizi değersiz hissetme eğiliminde miydiniz ??                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 7. .. kontrol edemediğiniz öfke patlamaları yaşadınız mı ?                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 8. .. kendinizi gergin, endişeli ya da sinirli hissettiniz mi ?                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 9. .. kaygılarınızı kontrol edemediğiniz ya da durduramadığınız oldu mu ?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 10. .. kendinizi üzgün, depresif ya da umutsuz hissettiniz mi ?                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 11. .. bir şeyler yapmaya yönelik ilginiz ya da zevk almanız çok azaldı mı?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |
| 12. .. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmede güçlük yaşadınız mı ?                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet |

13.	.. kasıtlı olarak kendinize zarar vermeyi denediniz mi ?	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
14.	.. ünyayı ya da diğer insanları farklı şekilde deneyimlediğiniz ya da algıladığınız; her şeyin rüya gibi, garip ya da gerçek dışı geldiği oldu mu ?	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
15.	.. vücudunuzdan koptuğunuzu ya da ayrıldığınızı hissettiniz mi (örneğin kendinizi yukarıdan izliyor ya da kendi vücudunuzu dışarıdan gözlemliyor gibi hissettiniz mi) ?	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
16.	.. sizi rahatsız eden herhangi bir fiziksel, duygusal ya da sosyal problem yaşadınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
17.	.. stresli olaylar yaşadınız mı (örneğin finansal problemler, iş değişikliği, ev değişikliği, özel yaşamınızda ya da iş yaşamınızda başkalarıyla ilişkilerinizde problemler gibi) ?	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
18.	.. gerginliğinizi alkol, sigara, uyuşturucu ya da ilaç kullanarak azaltmaya çalıştınız mı ?	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
19.	.. çevrenizde zor zamanlarınızda yardımına kolayca güvенеbileceğiniz destekleyici insanların yokluğunu hissettiniz mi (duygusal destek, çocuk ya da evcil hayvanlara bakma, hastane ya da markete eşlik etme, hastayken yardım etme gibi) ?	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
20.	<u>Çocukluğunuz boyunca</u> (0-18 yaş) herhangi bir travmatik yaşantınız oldu mu ? (örn. ciddi kaza veya yangın, fiziksel veya cinsel saldırı ya da istismar, felaket, birinin öldürülmesine veya yaralanmasına tanıklık, bir yakının kaybı gibi)	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
21.	<u>Daha önce</u> hiç psikiyatrik bir teşhis ya da psikolojik problemlerinizi için tedavi aldınız mı (örn. depresyon, anksiyete ya da kişilik bozukluğu gibi) ?	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
22.	<u>Genel olarak</u> kendinizi zor durumlar karşısında dayanıklı bir insan olarak görür müsünüz ?	<input type="checkbox"/> Hayir	<input type="checkbox"/> Evet									
23.	Şu anki mevcut işlevselliğinizi nasıl değerlendirirsiniz ? (işteki/evdeki)											
	Kötü	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mükemmel