

# Global Psychotrauma Screen (GPS) (Globale Psigotrauma Siftingsmaatstaf/Vraelys)

□□□□□□

Deelnemer identifiseringsnommer

Geslag

Vroulik

Manlik

Ander

Ouderdom (in jare)

□□□□

**Soms gebeur dinge met mense wat ongewoon of baie skrikwekkend, aaklig of traumaties is.**

**Beskrif kortliks die gebeurtenis wat tans die grootste impak op jou het:**

.....

**Die gebeurtenis het plaasgevind:**  gedurende die laaste maand

gedurende die afgelope 6 maande (halwe jaar)

laas jaar

langer gelede

**Die gebeurtenis:**

was 'n enkele gebeurtenis wat plaasgevind het, op die ouderdom van □□□

het plaasgevind oor 'n langer periode/verskeie kere gebeur, tussen die ouderdom van □□□ en □□□

**Watter van die onderstaande beskryf die gebeurtenis (meer as een antwoord is moontlik):**

Fisiese geweld:

met my gebeur

met iemand anders gebeur

Seksuele geweld:

met my gebeur

met iemand anders gebeur

Emosionele mishandeling:

met my gebeur

met iemand anders gebeur

Ernstige besering:

met my gebeur

met iemand anders gebeur

Lewensgevaarlik:

met my gebeur

met iemand anders gebeur

Skielike onverwagse dood van iemand na aan jou.

Ernstige besering/skade wat jy aan iemand anders veroorsaak het.

Koronavirus (KOVID-19).

**Met inagneming van die bogenoemde gebeurtenis, het jy die afgelope maand:**

- |     |   |                              |                             |
|-----|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1.  | .. nagmerries gehad oor die vorige traumatiese lewensgebeurtenis(se) of aan die gebeurtenis(se) gedink wanneer jy nie wou nie?  | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 2.  | .. hard probeer om nie aan die vorige traumatiese lewensgebeurtenis(se) te dink nie, of uit jou pad gegaan om situasies wat jou daaraan herinner te vermy?                  | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 3.  | .. voortdurend uiters paraat en waaksaam opgetree of maklik geskrik?  | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 4.  | .. lam gevoel, of afgesny gevoel van mense en/of aktiwiteite of van jou omgewing?   | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.  | .. skuldgevoelens ervaar of aanhoudend jouself of iemand anders blameer vir vorige traumatiese lewensgebeurtenis(se) of enige nagevolge wat die gebeurtenis veroorsaak het? | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 6.  | .. met tye waardeloos te voel?  | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 7.  | .. woede uitbarstings wat jy nie kon beheer nie ervaar?   | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 8.  | .. senuweeagtig, angstig of prikkelbaar/geirriteerd gevoel?   | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 9.  | .. gesukkel om dit waaroor jy jouself bekommer te stop of te beheer?  | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |
| 10. | .. teneergedruk, depressief, of hopeloos gevoel?  | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja |

11.	.. min belangstelling of plesier ervaar om dinge te doen?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
12.	.. gesukkel om aan die slaap te raak of aan die slaap te bly?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
13.	.. doelbewus probeer om jousef seer te maak?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
14.	.. die wêreld of ander mense anders ervaar, asof dinge soos 'n droom, vreemd of onwerklik is?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
15.	.. losgemaak of geskei gevoel van jou liggaam (bv. dit voel asof jy neerkyk op jousef van bo af, of asof jy 'n buite waarnemer van jou eie liggaam is/gevoel of jy op 'n afstand na jousef kyk)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
16.	.. enige ander fisiese, emosionele of sosiale probleme wat jou pla ervaar?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
17.	.. enige ander stresvolle/spanningsvolle gebeurtenisse ervaar? (soos finansiële probleme, verandering van werk, verhuis, verhoudingskrisis by die werk of in jou privaat lewe)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
18.	.. probeer om spanning te verminder deur alkohol, tabak, dwelmmiddels of medikasie te gebruik?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
19.	.. ondersteunende mense na aan jou, op wie jy geredelik kan staat maak vir hulp in moeilike tye, gemis? (bv. vir emosionele ondersteuning, oppas van kinders of troeteldiere, vervoer na hospitale of winkels, of vir hulp wanneer jy siek is?)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
20.	Gedurende <b>jou kinderjare</b> (0-18 jaar), het jy enige traumatiese lewensgebeurtenisse ervaar? (bv. 'n ernstige ongeluk of brand, fisiese of seksuele aanranding of misbruik, 'n ramp, gesien hoe iemand vermoor word of ernstig beseer is, of	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
21.	Het jy <b>ooit vantevore</b> 'n psigiatryse diagnose gekry of is jy al ooit vir sielkundige probleme behandel? (bv. depressie, angs of 'n persoonlikheidssteuring?)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
22.	Oor die <b>algemeen</b> , beskou jy jousef as 'n veerkragtige (sterk) persoon?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja									
23.	Hoe sou jy jou huidige funksionering (by die werk/tuis) beoordeel?											
	Swak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Uitstekend

© 2016/2020, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olf & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress, <https://www.global-psychotrauma.net/gps>

Afrikaans translation done by Erine Bröcker and Letitia Butler-Kruger 20.06.2021