

Global psykotraumekartlegging (GPS)

--	--	--	--	--

Deltakerens ID-nummer

Kjønn	<input type="checkbox"/> Kvinne	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> Annet
Alder (år)			
<p>Av og til skjer det noe med oss som er uvanlig eller spesielt skremmende, fryktelig eller traumatisk.</p> <p>Har du i løpet av den siste måneden ...</p>			
1.	... hatt mareritt om den/de tidligere traumatiske livshendelsen(e) eller tenkt på hendelsen(e) når du ikke ville det?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
2.	... prøvd hardt å ikke tenke på tidligere traumatiske livshendelser eller anstrengt deg for å unngå situasjoner som minnet deg på hendelsen(e)?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
3.	... vært konstant på vakt eller hatt en tendens til lett å bli skremt?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
4.	... følt deg nummen eller distansert fra andre personer, aktiviteter eller omgivelsene?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
5.	... følt skyld eller ikke klart å slutte å klandre deg selv eller andre for tidligere traumatiske livshendelser eller problemer hendelsen(e) forårsaket?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
6.	... hatt en tendens til å føle deg verdiløs?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
7.	... hatt raseriutbrudd som du ikke klarte å kontrollere?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
8.	... følt deg nervøs, engstelig eller irritabel?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
9.	... opplevd at du ikke har klart å slutte å bekymre deg eller ikke klart å kontrollere bekymringene?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
10.	... følt deg nedstemt, deprimerert eller håpløs?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
11.	... hatt liten interesse eller glede av å gjøre ting?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
12.	... hatt problemer med å sovne eller å sove?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
13.	... prøvd å skade deg selv med vilje?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
14.	... oppfattet eller opplevd verden eller andre personer annerledes, slik at ting føltes drømmeaktige, rare eller uvirkelige?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
15.	... følt deg distansert eller atskilt fra kroppen din (for eksempel følt at du så deg selv på avstand, eller som om du observerte din egen kropp utenfra)?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
16.	... hatt noen andre fysiske, emosjonelle eller sosiale problemer som har plaget deg?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
17.	... opplevd andre stressende hendelser (for eksempel økonomiske problemer, bytte av jobb, flytting eller en krise i en relasjon på jobb eller privat)?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
18.	... forsøkt å redusere anspenning ved å bruke alkohol, tobakk, narkotika eller legemidler?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
19.	... savnet støttende personer rundt deg som du kunne regne med å få hjelp av når du hadde det vanskelig (for eksempel emosjonell støtte, pass av barn eller kjæledyr, skyss til sykehuset eller butikken, hjelp når du er syk)?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
20.	Opplevde du noen traumatiske livshendelser i barndommen (0–18 års alder) (for eksempel en alvorlig ulykke eller brann, fysisk eller seksuelt overfall eller misbruk, en katastrofe, å se noen bli drept eller alvorlig skadet eller at noen du var glad i døde)?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
21.	Har du noen gang fått en psykiatrisk diagnose, eller har du noen gang fått behandling for psykiske problemer (for eksempel depresjon, angst eller en personlighetsforstyrrelse)?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
22.	Anser du deg selv generelt for å en person som tåler påkjenninger godt?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja