

አለም አቀፍ የPsychotrauma ማያ ገጽ ለታዳጊ ወጣቶች (GPS-T)

11-17 አመት

Participant Identification Number

የታ* ሴት ወንድ ሌላ ለመናገር አልፏል/ም
 ዕድሜ (በአመታት)* |__|__|

አንዳንድ ጊዜ ባልተለመደ ሁኔታ አስፈሪ እና ዘግናኝ የሆኑ ነገሮች ሰዎች ላይ ይከሰታሉ። ይህን የመሰሉ ነገሮች እርስዎ ላይ ከተከሰቱ፣ እባክዎ አሁን ላይ በጣም እያሳሰብዎት ስላለው ክስተት ከታች ያሉትን ጥያቄዎች ይመልሱ።

ከክስተቱ በኋላ፣ ባለፈው ወር ከሚከተሉት ውስጥ የትኛውም አጋጥሞዎቻል? ካላጋጠምዎት እባክዎ "አይ" ብለው ምልክት ያድርጉ ወይም ካጋጠምዎት "አዎ" ብለው ምልክት ያድርጉ።

1.	ስለክስተቱ አስፈሪ ህልም ይመለከቱ ወይም የሚያናድዱ ሃሳቦችን ያስቡ ነበር?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
2.	ስለክስተቱ ላለማሰብ የተቻልዎትን ያህል ሞክረው ነበር ወይም ክስተቱን የሚያስታውሰዎ ቦታዎችን፣ ሁኔታዎችን፣ ሰዎችን እና ማንኛውም ክስተትን ላለማየት ይሞክሩ ነበር?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
3.	በተከታታይ ራስዎንን ይጠብቁ፣ በጥንቃቄ ይመለከቱ ወይም በቀላሉ ይደነግጡ ነበር?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
4.	በአካል የተገኙ ቢሆንም እንደሌሉ ሆነው እንዲሰማዎ በሚያደርግ መንገድ የመደንዘዝ ወይም ከሰዎች፣ ከእንቅስቃሴዎች ወይም ከአካባቢዎ የመነጠል ስሜት ነበር?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
5.	እርስዎ ላይ በደረሰው ነገር እና ክስተቱ ባመጣቸው ችግሮች ምክንያት የጥፋተኝነት ስሜት ተሰምትዎታል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
6.	አስፈላጊ እንዳልሆኑ ወይም ለውጥ እንደማያመጡ አይነት ስለራስዎ መጥፎ ስሜት ተሰምትዎታል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
7.	ሊቆጣጠሩት የማይችሉትን ንዴት ወይም ቁጣ ነበረብዎት?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
8.	የመፍራት ወይም የመጨነቅ ስሜት ተሰምትዎታል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
9.	ጭንቀትን ለማቆም ወይም ለመቆጣጠር አለመቻል አጋጥሞዎታል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
10.	የማዘን፣ የመደበር ወይም ተስፋ የመቁረጥ ስሜት ተሰምቶዎታል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
11.	ከዚህ በፊት ደስታን የሚያመጣልዎን ነገሮችን ለማድረግ ጥቂት የሆነ ፍላጎት ወይም ደስታ አጋጥሞዎታል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
12.	ለመተኛት ቢፈልጉም እንኳን እንቅልፍ ለመውሰድ ወይም ለመተኛት አለመቻል ችግሮች ነበሩብዎት?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
13.	እራስዎን ሆን ብለው ለመጉዳት ሞክረዋል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
14.	ንቁ ሆነው እያለ እንኳን አለምን እና በዙሪያዎ ያሉትን ሰዎች በህልም እንደነበሩ ነገር እንግዳ በሆነ መንገድ ተመልክተዋል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
15.	እራስዎን ከላይ ሆነው ወደታች የማየት አይነት ወይም የራስዎን አካል ከውጪ ሆነው የማየት ስሜት አይነት ተሰምትዎት ያውቃል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ
16.	እርስዎን ያስቸገሩ ሌሎች ማንኛውም ችግሮች ነበሩብዎት (ለምሳሌ፡- ማሰክክ ወይም ህመምት፣ መጥፎ ስሜቶች፣ ከት/ቤት፣ ከቤተሰብ ወይም ከጓደኞች ጋር ችግር መፍጠር)?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ

17.	ሌሎች አስጨናቂ ክስተቶችን አስተናግደዋል (በቂ የሆነ ገንዘብ ወይም ምግብ አለመኖር፣ ስራ መለዋወጥ፣ ወደሌላ ቤት መንቀሳቀስ፣ በስራ እና በግል ህይወት ውስጥ የግንኙነት ቀውስ)?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ							
18.	በማጨስ ወይም በመሳብ፣ አልኮል በመጠቀም፣ ቅድንዛዥ እጾችን በመጠቀም ወይም ለእርስዎ ያልታዘዙ መድሃኒቶችን በመውሰድ መጥፊ የሆኑ ስሜቶችን ለመቀነስ ሞክረዋል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ							
19.	እርስዎን የሚንከባከቡ ደጋፊ ሰዎች አልነበረዎትም (ለምሳሌ፡- ሲናደዱ የተሻለ ስሜት እንዲሰማዎ የሚረዱዎ፣ ወደ ት/ቤት ወይም ዝግጅቶች በመኪና የሚወስዱዎ፣ ከእርስዎ ጋር ወደ ዶክተር ወይም ሆስፒታል አብርዎት የሚሄዱ)?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ							
20.	በእርስዎ የቅድመ ልጅነት (0-18 አመት) ውስጥ፣ ሌሎች አስፈሪ ወይም ዘግናኝ ክስተቶች አጋጥሞቻል?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ							
21.	ስሜታዊ እንደሆኑ ወይም የባህርይ ችግሮች እንዳሉብዎት ተነግሮቻል ያውቃል ወይም ለእንደነዚህ ችግሮች ታክመው ያውቃሉ (ለምሳሌ፡- ድብርት፣ ጭንቀት፣ ADHD፣ የአመጋገብ መዘባት ወይም ሌላ የባህርይ ችግሮች)?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ							
22.	በአጠቃላይ እራስዎን ሁኔታዎችን የሚቋቋም ሰው አድርገው ይወስዳሉ (ከከባድ ችግር ውስጥ የመጣ ሰው ወይም የሚፈጠሩ መጥፎ ነገሮችን ማሸነፍ የሚችል)?	<input type="checkbox"/>	አዎ	<input type="checkbox"/>	አይ							
23.	አሁን ያለዎትን እንቅስቃሴ (በስራ/ቤት) እንዴት ይመዝኑታል (በህይወትዎ በቤት፣ በትምህርት ቤት እና በሌላ አካባቢዎች ላይ እንዴት ነዎት)?											
	ደካማ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ግ በጣም ጥሩ

© 2021, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olf & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress. Update for children, GPS-C, 2021, Grace & Olf, <https://www.global-psychotrauma.net/gps-child-teen> . Translated into Amharic by Sync Body-Brain Health 10 JUN 2022