

فحص عام للصدمة النفسية للمراهقين (GPS) Global Psychotrauma Screen

التاريخ:	الرقم:	
الجنس:	ذكر <input type="checkbox"/>	انثي <input type="checkbox"/>
العمر:	المراحل الدراسية:	

في بعض الاحيان تحدث اشياء لأشخاص تكون مخيفه او فظيعة او صادمه بشكل غير عادي او بشكل خاص. بالنسبه الي الحدث او التجربة التي تزعجك حاليا أكثر من غيرها، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بعد هذا الحدث المخيف هل عانيت من اي ما يلي في خلال الشهر الماضي؟ يرجى وضع علامه "لا" اذا كنت لم تختبرها، او "نعم" اذا كنت اختبرتها

1. كانت تراودك كوابيس متعلقة بصدمة جرت في حياتك رغباً عنك  نعم  لا
2. حاولت كثيراً عدم التفكير في الحدث المزعج، او حاولت تجنب الأماكن، المواقف والأشخاص أو أي شيء يذكرك بالحدث  نعم  لا
3. دائماً حذر، منتبها أو تصاب بالذعر بسهولة، حتى عندما لا يكون سبب لذلك  نعم  لا
4. شعرت بالتململ أو الانفصال عن الأشخاص أو الأنشطة المحيطة بك بطريقة تجعلك تشعر كأنك مش موجود على الرغم من وجودك فعلياً؟  نعم  لا
5. شعرت بتأنيب الضمير أو بالذنب لما حدث ولأي مشاكل سببها الحدث  نعم  لا
6. شعرت بعدم القيمة أو كأنك شخص سيء، أو غير مهم؟  نعم  لا
7. عانيت من فورات غضب لم تستطع التحكم بها؟  نعم  لا
8. شعرت بالتوتر أو القلق؟  نعم  لا
9. كنت غير قادر على إيقاف قلقك أو التحكم به؟  نعم  لا
10. شعرت بالإحباط، الاكتئاب، أو اليأس  نعم  لا
11. عانيت من فقدان الاهتمام والمتعة بعمل أي شيء، أو أشياء كانت تجلب لك السعادة؟  نعم  لا
12. عانيت من الأرق والاستيقاظ المتكرر أثناء الليل، على الرغم من رغبتك في النوم؟  نعم  لا
13. حاولت عن قصد أن تؤذي نفسك؟  نعم  لا
14. نظرت إلى العالم أو الأشخاص الآخرين من حولك بطريقة بدت غريبه كما لو كنت في حلم؟  نعم  لا
15. أحس بالانفصال عن جسدي أحس أحيانا أنني أراقب نفسي من الأعلى أو من الخارج  نعم  لا
16. هل أزعجتك أي مشاكل أخرى (على سبيل المثال، أوجاع أو آلام، أو مشاعر آلمه، أو مشاكل في المدرسة، العائلة، أو الأصدقاء)؟  نعم  لا
17. مررت بأحداث مرهقه (على سبيل المثال، عدم وجود ما يكفي من الطعام، أو الانتقال الي منزل آخر، أو وجود مشاكل في المدرسة، أو مع الأصدقاء، أو أفراد الأسرة)؟  نعم  لا
18. حاولت تقليل الضغط عبر استخدام المشروبات الكحولية أو التدخين أو المخدرات أو الأدوية  نعم  لا
19. لم يكن لديك أشخاص داعمون للاعتناء بك (على سبيل المثال، مساعدتك على الشعور بالتحسن عندما تشعر بالضيق، أو منحك رحلات إلي المدرسة أو الأحداث أو الذهاب معك إلي الطبيب)؟  نعم  لا
20. خلال طفولتك المبكرة (من الرضاعة - عشر سنوات)، هل واجهت أي أحداث مخيفه أو مروعه؟  نعم  لا

فحص عام للصدمة النفسية للمراهقين (GPS) Global Psychotrauma Screen

21. هل تم إخبارك من قبل أن لديك مشاكل عاطفيه أو سلوكيه أو هل سبق لك أن عولجت من مثل هذه المشاكل (على سبيل المثال، الاكتئاب، القلق، اضطراب فرط الحركة و عدم التركيز، الشهية، أو مشاكل سلوكيه)
- نعم  لا
22. هل تعتبر نفسك عموما شخصا مرنا (شخص يتغلب علي المواقف الصعبة، القدرة على التحمل )
- نعم  لا
23. كيف تقيم أدائك الحالي (كيف حالك الآن في المنزل و المدرسة و مجالات اخري في حياتك)
- نعم  لا
24. ممتاز ١٠ ٩ ٨ ٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١ ضعيف